

SOLICITUD TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

DATOS DEL AFILIADO:

Nº de Afiliado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. de Contacto: _____ Email: _____

Diagnostico: _____

Estadificación actual: El: _____ EII: _____ EIII: _____ EIV: _____ A: _____ B: _____ C: _____ T: _____ N: _____ M: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sup. Corporal: _____

EVALUACIÓN CLÍNICA:

Escala de Karnofsky (PS): 0: _____ 1: _____ 2: _____ 3: _____ ≥4: _____

Tumor primario: NO SI

Recaída/Recidiva NO SI Fecha de diagnóstico inicial: _____

En progresión NO SI Local A distancia Fecha de aparición: _____

Estudios confirmatorios de estadio actual: Biopsia Imágenes Otros: _____

Fecha de aparición: _____

Estudios específicos realizados para: Tipificación de tumor Tipo de tratamiento solicitado

Detallar:

TERAPIAS PREVIAS:

Cirugía NO SI Tipo y Fecha: _____

Quimioterapia NO SI Fecha: _____ Esquema de 1^{era.} línea 2^{da.} línea Otros

Droga/dosis y _____

cantidad de ciclos: _____

Hormonoterapia NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Radioterapi NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Trasplante de Médula Ósea NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Respuesta a tratamiento anterior/motivo de interrupción:

SOLICITUD TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Droga	Dosis mg/m2	Fecha de aplicación	Intervalo	Nro. De ciclos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Fecha de próximo tratamiento: _____

Esquemas alternativos:

Justificativo del tratamiento solicitado:

No poseo ningún conflicto de intereses vinculado a la prescripción actual.

Medife se reserva el derecho de autorización de medicamentos en fase II/Off label entendiendo que los mismos aun no tienen probada calidad, eficacia y seguridad, siendo la responsabilidad exclusiva del médico tratante.

Aclaraciones: Para poder evaluar el pedido de tratamiento, Auditoria Médica requiere que la presente Planilla se encuentre completa en su totalidad y se acompañe de copia de los informes de los estudios respaldatorios que acreditan el estado actual y confirman el diagnóstico. La falta de cualquiera de los mismos genera demoras innecesarias que atentan contra el bienestar del paciente.

Tel. de Contacto del médico: _____

Email: _____

Fecha Firma y Sello del Profesional