



**FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (F.P.O.C.T.)**

(Utilizar este F.P.O para pacientes que continúen con el mismo
esquema terapéutico prescrito el ciclo anterior)

Apellido y Nombre:		Edad:		Sexo	
Delegación / Localidad		Nro. Beneficiario			
Diagnóstico: OMS		Ciclo Nro.:			
Sup. Corporal:		Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky			

Medicamentos por DCI (Denominación Común Internacional) Presentación	Dosis: mg/m ²	Días	Cant. Requerida	Frecuencia

Fecha último tratamiento:	Fecha probable próximo tratamiento:
---------------------------	-------------------------------------

Firma y Sello del Médico Tratante

____/____/____
Fecha de Prescripción