OSDIPP

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O)
1era. VEZ / NUEVO TRATAMIENTO

Estimado Profesional: todos los datos de este formularios son IMPORTANTES, por favor no omita completarlos

Apellido y Nombre:		**Edad:**	**Sexo**
Delegación / Localidad		**Nro. Beneficiario**	
Diagnóstico: OMS	**Fecha Diagnóstico:**	**Estado Inicial:**	

(Enviar vía fax, fotocopia de informe anátomo patológico)

Estadío Actual:	**Localización/es 2ª/s (si corresponde)**

Peso:	**Talla:**	**Sup. Corporal:**	**Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky**

Terapia/s previa/s:

Cirugía	Si		No		Fecha y Descripción:
Quimioterapia	Si		No		Fecha/s Esquema:
Hormonoterapia	Si		No		Fecha/s Droga/s:
inmunoterapia	Si		No		Fecha/s Droga/s:
Radioterapia	Si		No		Fecha/s, dosis y campo/s

Intervalo libre de enfermedad	No		Si		**Duración:**

Esquema Terapéutico Solicitado:

Carácter:	Adyuvante		Neo-Adyuvante		Paliativo		Ciclo Nro.:

Medicamentos por Denominación Común Internacional **Nombre genérico y presentación**	**Dosis: mg/m2**	**Días**	**Cant. Requerida**	**Frecuencia**

Fecha último tratamiento:	Fecha probable próximo tratamiento:

Firma y Sello del Médico Tratante

___/___/___
Fecha de Prescripción