

**O . S . E . C . A . C .**  
**FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O.C.T.)**  
**CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO**  
 (utilizar este F.P.O. para pacientes que  
 continúen con el mismo esquema  
 terapéutico prescripto el ciclo anterior)

Apellido y Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....

Delegación/Localidad:.....N° de Beneficiario:.....

Diagnóstico: OMS ..... Ciclo N° .....

Sup. Corporal:.....Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky ..... / .....

Medicamentos por D.C.I.	Dosis: mg. / m <sup>2</sup>	Días	Frecuencia
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Fecha último tratamiento .... / ..... / .....

Fecha probable próximo tratamiento .... / ... / .....

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del Médico

Fecha de prescripción .... / ..... / .....

O.S.E.C.A.C. Tel. atención gratuito 0800-666-0400