

HISTORIA CLÍNICA - ONCOLÓGICA

Nombre y apellido:		Sexo:	F. de nacimiento:		Edad:
Afiliado:		Dirección	Calle:	N°	Piso: Dpto:
Localidad:	CP:	Provincia:		Teléfono:	

Médico tratante

Nombre y apellido:		Dirección profesional	Calle:	N°	Piso: Dpto:
Localidad:	CP:	Provincia:		Teléfono:	
Horarios y días de atención:		Matrícula profesional:		Especialista en:	

DIAGNÓSTICO: Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama HER2 Positivo | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama metastásico RE positivo, HER2 negativo | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Adyuvancia | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Avanzado | | <input type="checkbox"/> Cáncer de riñón | <input type="checkbox"/> Otro:..... |

Estadio inicial: _____ Informe anatomopatológico: _____

Marcadores en anatomía patológica: _____ Marcadores serológicos: _____

Estadio actual: _____

Fecha de última recaída o progresión: _____

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): _____

Sitio de metástasis (hígado, pulmón, SNC, ganglionar, óseo, serosas, otros): _____

PERFORMANCE STATUS:

Estudios de estadificación	Fecha	Descripción

Antecedentes oncológicos: Si No En caso afirmativo especificar

Peso: _____ Talla: _____ Sup. corporal: _____

Terapia/s previa/s	Si	No	Fecha	Descripción
Cirugía				
Quimioterapia				
Hormonoterapia				
Inmunoterapia				
Radioterapia				
Monoterapia				

En caso afirmativo de terapias previas, completar esquemas terapéuticos.

HISTORIA CLÍNICA - ONCOLÓGICA

Nombre y apellido:

N° DNI/LC/LE:

Edad:

N° de Beneficiario:

Esquemas terapéuticos previos

Terapia/Medicamento	Fecha	Esquema	Duración	Observaciones

Toxicidad/Eventos adversos Si No En caso afirmativo especificar

Esquema terapéutico solicitado

Carácter:

Adyuvante: _____ Neo-Adyuvante: _____ Paliativo: _____ Ciclo N°: _____

Tratamiento actual / drogas solicitadas Fecha: / /

Droga genérica	Mg.	Frasco amp.	Comprimidos	Dosis Mg/M2	Días	Frecuencia

Fecha último tratamiento: _____ Fecha probable próximo tratamiento: _____

Cantidad de ciclos programados: _____ Ciclos realizados: _____

Ambulatorio Si No

Internación Si No Desde / / Hasta / /

Fundamento médico de la indicación o modificación del esquema terapéutico _____

Observaciones - Estado actual:

HISTORIA CLÍNICA - ONCOLÓGICA

Nombre y apellido:

Nº DNI/LC/LE:

Edad:

Nº de Beneficiario:

Si correspondiera cambio de tratamiento

Cambio de tratamiento: _____

Fecha de finalización de tratamiento: _____

Motivo de discontinuación: _____

Fecha:/...../.....

Firma y sello del profesional:

Documentación a presentar:

- Informe de anatomía Patológica
- Estudios por imágenes
- Estudios de estadificación de enfermedad coincidentes con los estudios informados por el Médico en la HC.
- Marcadores tumorales
- TAC, PET, RNM, Centellograma, Colonoscopia (de corresponder, si se encuentra indicado en HC)