



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

DIRECCION DE OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

PROTOCOLO DE APROBACION DE TRATAMIENTO ANTINEOPLASICO

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA

Apellido y Nombre:		
Edad:	Sexo:	Afiliado:
Peso:	Altura:	SC:
Diagnostico:	Estadio Actual:	
Histología (adjuntar fotocopia de patología):		
Resumen de Historia Clínica (No olvide mencionar datos que permitan determinar estatus del paciente, factores pronósticos y de respuesta al tratamiento):		

APELLIDO Y NOMBRE _____

FECHA _____

DNI _____

Esquema Solicitado:

Droga genérica (con antieméticos)	mg/m ² o mg/kg	Días de Aplicación	Cursos planeados

Médico tratante (firma y sello):

Tel. de Contacto:

RESERVADO PARA AUDITORIA

AUTORIZADO: SI NO

JUSTIFICACION DE LA NEGATIVA:

Médico auditor (firma y sello):

Tel. de Contacto: