

Nº DE AFILIADO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... SEXO: .....

DOMICILIO: ..... TEL: .....

DIAGNOSTICO: ..... Nº DE CICLO: .....

ALTURA: ..... PESO: ..... SUPERFICIE CORPORAL: .....

RESUMEN HISTORIA CLINICA: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE:**

Deterioro Cognitivo: NO  SI

Insuficiencia Respiratoria: NO  SI  CFR: .....

Insuficiencia Cardíaca: NO  SI

Insuficiencia Renal Crónica: NO  SI

Hepatopatías: NO  SI  Aclarar: .....

Ambulante  Semi Ambulante  No Ambulante

**TERAPIA/S PREVIA/S:**

Cirugía NO  SI  fecha / / Descripción .....

Quimioterapia NO  SI  fecha / / Descripción .....

Hormonoterapia NO  SI  fecha / / Descripción .....

Inmunoterapia NO  SI  fecha / / Descripción .....

Radioterapia NO  SI  fecha / / Descripción .....

Díálisis NO  SI  fecha / / Descripción .....

Droga	Dosis mg/m2	Fecha de Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

FECHA Y RESPUESTA DE TRATAMIENTO ANTERIOR: .....

FECHA PRÓXIMO TRATAMIENTO: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA MÉDICO AUDITOR

Fecha de prescripción: / /