

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O.)

DATOS DEL PACIENTE		EXPEDIENTE NRO
Apellido y nombre		Edad
Delegación		
Nº Afiliado	Sexo	
Diagnostico histopatológico: OMS		
Fecha diagnóstico	Número de protocolo (biopsia)	
Patólogo Firmante		(enviar adjunto copia del informe anatomopatológico).
Estadio: Inicial		Actual
Localización/es Secundaria/s (Si corresponde):		
Peso	Talla	Sup. Corporal
Performance Clínica	ECOG	ó KARNOFSKY
Tratamiento/s previo/s: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Hormonoterapia		Fecha:
Inmunoterapia		Fecha:
Quimioterapia		Fecha:
Radioterapia		Fecha:
Intervalo libre de enfermedad NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Duración:

PLAN TERAPÉUTICO POR GENÉRICOS (Principio Activo)

Droga	Dosis: mg. / m2	Días	Frecuencia

Fecha último tratamiento: _____ Fecha probable próximo tratamiento: _____

Caracter: Adyuvante: Neo-Adyuvante: Paliativo: Frecuencia: _____

Asimismo declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y responde a datos reales de pacientes, asumiendo plena responsabilidad por la veracidad de los datos que se suministran. La presente se suscribe en carácter de **declaración jurada y en cumplimiento de la legislación vigente.**

En la ciudad de _____ el día _____ de _____ de 20 ____.

 Firma y sello del Medico Tratante

 Fecha de prescripción:

AGREGADOS: _____

 Firma y sello del Médico auditor

 Firma y sello del Delegado