

## PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA Y ONCOHEMATOLOGÍA

### Datos del paciente

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc	N° IOSFA	Edad	Sexo	Altura	Peso
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel.	Celular		E-mail		
Delegación		Institución en la que es asistido			

### Datos del profesional

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc		M.N.		M.P.	
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel. de contacto			E-mail		
Especialidad		Institución			

### Descripción del tratamiento

Diagnóstico histopatológico <i>(Código OMS)</i>		
Fecha diagnóstico	N° Protocolo <i>(biopsia)</i>	
Patólogo firmante	<i>(enviar adjunto copia del informe anatomopatológico)</i>	
Estadío inicial	Estadío actual	
Localización/es secundaria/s <i>(si corresponde)</i>		
Peso	Talla	Sup. corporal
Perfomance clínica	ECOG	KARNOFSKY
Tratamiento/s previo/s	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

Hormonoterapia	Fecha		
Inmunoterapia	Fecha		
Quimioterapia	Fecha		
Radioterapia	Fecha		
Intervalo libre de enfermedad	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	Duración

Plan terapéutico por genéricos (*Principio activo*)

Drogas	Dosis: mg/m2	Días	Frecuencia

Fecha último tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha probable próximo tratamiento \_\_\_\_\_

Carácter      Ayuvante       Neo-Ayuvante       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 Médico Tratante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de prescripción*

Agregados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Médico Auditor*

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Delegado*