

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre/s: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sup. Corporal: _____

N° de Afiliado: _____ Fecha inicio de enfermedad: / / _____

Diagnóstico Principal (Adjuntar informe de anatomía patológica): _____

Diagnóstico Histopatológico TNM / Estadío Inicial: _____

 Status Clínico (Ecog): 0 1 2 3 4
RESUMEN HC.
ESQUEMA DE TRATAMIENTO SOLICITADO (ADJUNTAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA).

A/Nombre de la droga a utilizar	B/Dosis en M2 de Sup. Corp.	C/Días de Aplicación
1		/ /
2		/ /
3		/ /
4		/ /
5		/ /
6		/ /

INTERVALO ENTRE CICLOS/DÍAS CON INTERNACIÓN / SIN INTERNACIÓN CANT. DE CICLOS/MESES PROGRAMADOS
ELEMENTOS DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD (MARCAR LO QUE CORRESPONDA Y DOCUMENTAR C/ COPIA DE INFORME)

 Exámen Físico: Sí No RX: Sí No Ecografía: Sí No Centello: Sí No

 TAC: Sí No RMN: Sí No PSA: Sí No Ca125: Sí No

 Ca15.3: Sí No Ca19.9: Sí No CEA: Sí No Anat. Pat.: Sí No

Otros: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS (MARCAR DONDE CORRESPONDE)

CIRUGÍAS	RADIOTERAPIA	QUIMIOTERAPIA	INMUNOTERAPIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: / /	Fecha Finalización: / /	Inicio:	Inicio:
Descripción:	Dosis total:	Finalización:	Finalización:
	Localización:	Respuesta:	Respuesta:
		Toxicidad/Tipo	Toxicidad/Tipo
		Adjuvante:	Adjuvante:
		Neoadjuvante:	Neoadjuvante:
		Avanzado: N°Línea:	Avanzado: N°Línea:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre/s: _____ Mat. tipo y número: _____

Tel.Laboral: _____ Tel. Cel.: _____ E-Mail: _____ Especialidad: _____

FIRMA CONSENTIMIENTO DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA

