



R.N.O.S. 103600

O.S.P.A.C.P. OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Inicio nuevo esquema

☐

Actualización del tratamiento

☐

Obra Social: (1) DNI. de Afil.: (1) Fecha Nac.: (2)/...../.....

Apellido y Nombre: (1) Edad: (1) Sexo: (1) F ☐ M ☐

DNI: (1) Lugar de Residencia: (Localidad) (2):

Diagnóstico oncológico: (1) Estadío Inicial: (1) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Tipo histológico: (1)

Territorios comprometidos actualmente(2):

Esquema terapéutico solicitado (mg/m2 de cada droga): (1) Ciclo actual: (1)

Fecha 1er ciclo: (2)/...../.....

Peso: (1) Talla: (1) Superficie Corporal: (1)

Esquema previo y fecha último ciclo: (2)

Justificación del tratamiento solicitado(2):

Respuesta al tratamiento: (4)

Efectos adversos grado 3 y 4 presentados (detallar): (4)

Causa de suspensión último tratamiento (2):

Fecha de última progresión/recaída(2):/...../.....

Duración del tratamiento actual (1)(5): meses PLP (1)(6): meses

Método de estadificación: (2)

☐ RX ☐ Ecografía ☐ T.A.C. ☐ R.N.M. ☐ Medicina nuclear ☐ Marcadores tumorales ☐ Otro

(1) Completar siempre.

(2) Completar sólo al inicio del nuevo esquema de tratamiento.

(3) Completar al inicio del tratamiento o ante cualquier modificación del mismo.

(4) Completar sólo en la actualización del esquema.

(5) Cuenta desde fecha inicio del esquema hasta la fecha actual.

(6) Duración del tratamiento libre de progresión.

(7) Corresponde a fecha inicio de la tecnología

Fecha:/...../.....

Firma y sello del Médico