

## SOLICITUD PARA PROVISION DE MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIFICIDAD-ONCOLOGIA

Apellido y Nombres:..... Fecha de Nacimiento:...../...../.....

DNI:..... Edad:..... Afiliado Nro:...../..... E-Mail.....

Provincia:..... Localidad:..... Domicilio:.....

..... Tel:.....

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

Estadificación:(datos positivos)

Examen clínico:.....

Estudios por Imágenes:.....

Laboratorio:.....

Marcadores:.....

Endoscopías:.....

Otros:.....

Método Diagnóstico: Punción:  Región:..... Fecha:...../...../.....

Biopsia:  Tipo..... Región:..... Fecha:...../...../.....

Cirugía:  Tipo..... Fecha:...../...../.....

Histología: Fecha:...../...../..... T.....N.....M.....

Estadio: I  II  III  IV

Localización de Metástasis:.....

### Tratamientos Previos

Quimioterapia: Peso: Talla: S. Corp:

Esquema: ..... dosis:..... N° de ciclos:..... Fecha:.....

Esquema..... dosis..... N° de ciclos:..... Fecha.....

Esquema..... dosis..... N° de ciclos:..... Fecha.....

Otras.....

### Hormonoterapia:

Esquema: ..... dosis:..... Fecha:.....

Esquema..... dosis..... Fecha.....

Esquema..... dosis..... Fecha.....

Otras.....

Radioterapia: Fecha de inicio:..... Fecha de Finalización:.....

Dosis..... Localización:.....

Tratamiento Actual: Quimioterapia  Hormonoterapia

Neo  Ady  1  2  3  Otras

Droga..... dosis (mg/m2)..... día:..... Periodicidad.....

Droga..... dosis (mg/m2)..... día:..... Periodicidad.....

Droga..... dosis (mg/m2)..... día:..... Periodicidad.....

Droga..... dosis (mg/m2)..... día:..... Periodicidad.....

N° de ciclos programados:.....

Fecha de inicio programada:.....

Observaciones:.....

Médico Tratante:..... Matrícula N°:.....

Institución: ..... Teléfono:.....

Comité de Tumores Folio N°:.....

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

Firma y Sello:.....