

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACION ONCOLOGICA

Apellido y Nombre: ..... Nro de afil.....

Fecha de nacimiento / / Sexo M / F Titular  Optativo

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

Diagnóstico: .....Fecha Anat. Patol. / / Estadificación T N M

Resumen de Historia Clínica: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Cirugía..... Fecha: / /

Radioterapia Previa-Campo..... Dosis..... Fecha: / /

Quimioterapia Previa: 1.....2.....3..... 4.....

Hormonoterapia Previa: 1.....2.....3.....

Peso Actual:.....Altura.....Superficie Corporal.....

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA (medicación):

Druga	Tipo de droga	Indicación	Dosis/m2 x ciclo	Cant.amp/comp	Fecha Inicio	Intervalo	Nro.de ciclos

Druga: consignar el nombre farmacológico de la droga indicada.  
 Tipo de droga: se deben consignar las siguientes características: Q (quimioterapia), H (hormonoterapia), I (inmunoterapia), C (medicación complementaria, ej.: antieméticos, factores estimulantes de colonias, citoprotectores)  
 Indicación: Se deben categorizar las siguientes indicaciones N (neoadyuvante), A (adyuvante), P (paliativa).  
 Intervalo: tiempo (en días) cada cuanto se administran los ciclos.

Nombre y apellido del Médico tratante: .....

Centro de Atención. ....

Fecha / /

Firma y sello del médico .....

Primera vez:

- ✓ Informe médico, resumen de historia clínica, o antecedentes generales relativos a la afección.
- ✓ Resultados de estudios.
- ✓ Copia de anatomía patológica.
- ✓ Formulario de solicitud de medicación.
- ✓ Prescripción médica (receta)
- ✓ Si el beneficiario posee otra cobertura social: certificado de las características de la cobertura emitida por la respectiva obra social o entidad similar.

Renovación o modificación de tratamiento.

- ✓ Formulario de solicitud de medicación (solicitarlo en mostrador)
- ✓ prescripción médica (receta)