

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA

APELLIDO Y NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

GENERO _____ DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ TEL.: _____

DIAGNOSTICO _____ ANATOMÍA PATOLÓGICA _____

FECHA _____ ESTADIFICACIÓN _____ T _____ N _____ M _____

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA _____

CIRUGÍA _____ FECHA ____ / ____ / ____

RADIOTERAPIA PREVIA-CAMPO _____ DOSIS _____ FECHA ____ / ____ / ____

QUIMIOTERAPIA 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

HORMONOTERAPIA 1 _____ 2 _____ 3 _____

PESO ACTUAL _____ ALTURA _____ SUPERFICIE CORPORAL _____ P. STATUS _____

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA (medicación)

Droga	Tipo de droga	Indicación	Dosis/m ² x ciclo	Fecha de inicio	Intervalo	Nro de ciclos

Droga: consignar el nombre farmacológico de la droga indicada.

Tipo de droga: se deben consignar las siguientes características: **Q** (quimioterapia). **H** (homonoterapia). **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).

Nro de ciclos: número total de ciclos planificados inicialmente.

Intervalos: tiempo (en días) cada cuanto se administran los ciclos

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO TRATANTE: _____