

## FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O.)

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		<b>EXPEDIENTE NRO</b>	
Apellido y nombre			Edad
Delegación			
N° Afiliado		Sexo	
Diagnostico histopatológico: OMS			
Fecha diagnóstico		Número de protocolo (biopsia)	
Patólogo Firmante		<i>(enviar adjunto copia del informe anatomopatológico).</i>	
Estadio: Inicial		Actual	
Localización/es Secundaria/s (Si corresponde):			
Peso	Talla	Sup. Corporal	
Performance Clínica		ECOG	ó KARNOFSKY
Tratamiento/s previo/s: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Hormonoterapia		Fecha:	
Inmunoterapia		Fecha:	
Quimioterapia		Fecha:	
Radioterapia		Fecha:	
Intervalo libre de enfermedad NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Duración:	

### PLAN TERAPÉUTICO POR GENÉRICOS (Principio Activo)

Droga	Dosis: mg. / m2	Días	Frecuencia

Fecha último tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha probable próximo tratamiento: \_\_\_\_\_

Caracter: Aduvante:  Neo-Adyuvante:  Paliativo:  Frecuencia: \_\_\_\_\_

Asimismo declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y responde a datos reales de pacientes, asumiendo plena responsabilidad por la veracidad de los datos que se suministran. La presente se suscribe en caracter de **declaración jurada y en cumplimiento de la legislación vigente.**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Medico Tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha de prescripción:

**AGREGADOS:**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico auditor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Delegado