

## PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA Y ONCOHEMATOLOGÍA

### Datos del paciente

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc	N° IOSFA	Edad	Sexo	Altura	Peso
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel.	Celular		E-mail		
Delegación		Institución en la que es asistido			

### Datos del profesional

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc		M.N.		M.P.	
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel. de contacto			E-mail		
Especialidad		Institución			

### Descripción del tratamiento

Diagnóstico histopatológico (Código OMS)	
Fecha diagnóstico	N° Protocolo (biopsia)
Patólogo firmante	(enviar adjunto copia del informe anatomopatológico)
Estadío inicial	Estadío actual
Localización/es secundaria/s (si corresponde)	
Peso	Talla
Sup. corporal	
Perfomance clínica	ECOG
KARNOFSKY	
Tratamiento/s previo/s	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

Hormonoterapia	Fecha
Inmunoterapia	Fecha
Quimioterapia	Fecha
Radioterapia	Fecha
Intervalo libre de enfermedad	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Duración

Plan terapéutico por genéricos (*Principio activo*)

Drogas	Dosis: mg/m2	Días	Frecuencia

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

Carácter Ayuvante  Neo-Ayuvante  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 CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA Y EN CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE.**

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

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Médico Tratante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de prescripción*

Agregados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Médico Auditor*

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