

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS RENOVACIÓN

Nombre y Apellido: _____ Nacionalidad _____ Fecha Nac. / / _____

DNI: _____ Profesión: _____ Sexo M F Edad: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Institución/Hospital: _____

Diagnóstico:

Motivo de Renovación: Continúa Esquema: _____ Cambio Trat. a- Toxicidad b- Progresión

Si corresponde: Fecha PE / / Biopsia si no Sitio PE

Receptores: RE RP HER2/neu EGFR Otros:

Observaciones:

Status Clínico (ECOG) 0 1 2 3 4 Sup. Corp. M2 Peso kg Talla

TRATAMIENTOS PREVIOS:

CIRUGIA: Tumor primario: si no Especificar

Nº Ganglios Resecados: Nº Ganglios Positivos: Fecha: / /

CIRUGIA de las Metástasis: si no Especificar: Fecha: / /

RADIOTERAPIA: a Tumor primario si no b-Metástasis si no Localización

TRATAMIENTOS A REALIZAR

Esquema de tratamiento solicitado	Tipo:	<input type="checkbox"/> Aduvante: si no		
		<input type="checkbox"/> Neo Aduvante si no		
		<input type="checkbox"/> Avanzada si no	Nº Linea	1º 2º 3º

Intervalo del esquema Cada / días

Continuidad de tratamiento

Nº Ciclos realizados
Nº Ciclos Programados

Esquema de tratamiento: Intervalo de días/ ciclo..... Cantidad de ciclos programados:

DROGA	Dosis mg/m2	Dias	Dosis Total Dias
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			

Luego de 2 ciclos de tratamiento en enfermedad avanzada se debe completar valoración de respuesta. Mts a Valorar y método, adjuntar fotocopia de valoración:

(Indique sitios de metastasis a valorar, recuerde adjuntar estudios de valoración)

Higado Pulmón Ganglios SNC Hueso M.Osea Dérmicas Otras Especificar
TAC RNM Centello Bioquímico Exámen Físico Otros Especificar

Lugar y fecha:

Firma y sello Médico Especialista

Firma y sello Médico responsable de filial