

O b S B A

Formulario de Prescripción Oncológica Continuidad de Tratamiento (F.P.O.C.T.)

Utilizar este FPO para pacientes que continúen con el mismo esquema terapéutico prescrito en el ciclo anterior

TODA LA INFORMACIÓN DENUNCIADA REVISTE CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino CUIL: _____

Tipo Documento: DNI CI LE LC N° Documento: _____

Delegación / Localidad: _____ N° Afiliado: _____

Diagnóstico OMS: _____ Ciclo N° _____

Superficie Corporal: _____ ECOG / Karnofsky: _____

Estudios complementarios que respalden la prescripción: Remite No Si, cuales: _____

Medicamentos por DCI (Denominación Común Internacional)	Dosis mg./m ²	Días	Frecuencia

FHM-1230 ver. 04

Lugar de atención: _____

Fecha último tto: _____

Firma y Sello del Médico Tratante: _____