

O b S B A

Formulario de Prescripción Oncológica (F.P.O.) 1º Vez / Nuevo Tratamiento

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: _____ Fecha Diagnóstico: _____ Estadio inicial: _____

(Enviar por e-mail/fax, fotocopia de informe anatómo patológico)

Estadio Actual: _____ Localización/es 2º/s (si corresponde): _____

Peso: _____ Talla: _____ S. Corporal: _____ ECOG / Karnofsky: _____

Terapias previas:

Cirugía No Si Fecha/s y descripción: _____

Quimioterapia No Si Fecha/s y Esquema/s: _____

Hormonoterapia No Si Fecha y Droga/s: _____

Inmunoterapia No Si Fecha/s y Droga/s: _____

Radioterapia No Si Fecha/s, dosis y campo/s: _____

Intervalo libre de enfermedad No Si Duración: _____

Esquema terapéutico solicitado: _____

Carácter: Aduvante Neo-Adyuvante Paliativo Ciclo N° _____

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

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

PHM-1229 vst. 04

Lugar de atención: _____

Firma y Sello del Médico Tratante: _____

Fecha último tto: _____