

PLANILLA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Apellido y Nombres: _____

N° Afiliado: ____ / _____ Documento: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico ó Celular del profesional informante: _____

Lugar de entrega: _____

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: ____ / ____ / 20__

Informe Anátomo Patológico: _____

Estadio inicial: _____

Estadio actual: _____

Evaluated por: _____

PESO: Kg. TALLA: cm
SUPERFICIE CORPORAL.: EDAD: años

TRATAMIENTO PREVIO:

SI

NO

HORMONOTERAPIA

FECHA: ____ / ____ / 20__

INMUNOTERAPIA

FECHA: ____ / ____ / 20__

QUIMIOTERAPIA

FECHA: ____ / ____ / 20__

RADIOTERAPIA

FECHA: ____ / ____ / 20__

TERAPEUTICA POR GENERICOS PRESCRIPCIÓN MEDICA

Plan terapéutico y esquema de aplicación: _____

Médico Solicitante:

Ciclo solicitado en la presente N°

CARÁCTER

ADYUVANTE

NEO ADYUVANTE

PALIATIVO

Fecha último tratamiento: ____ / ____ / 2 ____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

EVOLUCION

Nº DE CICLOS:

Evolución del tumor: _____
