



PLANILLA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Apellido y Nombres: _____

Nº Afiliado: ____ / ____ Documento: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico del profesional informante (obligatorio): _____

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__



Obra Social Universidad Nacional Rosario

Santa Fe 2579 Rosario – Tel: 0810-345-0413

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



(AUDITORIA MEDICA O.S. U. N. R.)

EVOLUCION

Nº DE CICLOS:

Evolución del tumor:
