



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS. ADMISION

Nombre y Apellido	Nacionalidad	Fecha Nac.	/	/
DNI N°:	Profesión:	Sexo:	M	F
		Edad:		
Domicilio:	Tel.			
Localidad:	Provincia:	País:		
Institución/hospital				
Diagnóstico:				
Receptores: RE:	RP:	HER 2/neu:	Kras:	EGFR: Otros:
Fecha de diag. oncológico	/	/	TNM: T N M / Estadío	
Anatomía Patológica: (aclarar método diagnóstico si corresponde por tipo de patología):				
Status clínico (ECOG)	0	1	2	3
Sup. Corporal:	m2	Peso:	kg / Talla:	

TRATAMIENTO PREVIOS

CIRUGÍA de tumor primario:	si	no	Especificar:	Fecha:	/	/
N° ganglios resecado:	N° ganglios comprometidos:			Fecha:	/	/
CIRUGÍA de la/s metástasis:	si	no	Especificar	Fecha:	/	/
RADIOTERAPIA: a- Tumor primario:	si	no;	b-Metástasis	si	no	Localización:

TRATAMIENTOS SISTEMICOS

Hormonoterapia	Tipo:	Adyuvante	Avanzada	Droga:
Quimioterapia	Tipo:	NeoAdyuvante	Adyuvante	Avanzada: Droga:
Biológicos				
Terapias Blanco	Especificar cual:	Fecha:	/	/
Inmunoterapia	Especificar cual:	Fecha:	/	/

TRATAMIENTO A REALIZAR Esquema de tratamiento solicitado	1) Tipo	Adyuvante:	si	no			
		NeoAdyuvante:	si	no			
		Avanzado:	si	no	N°. Línea	1°	2°
Esquema de tratamiento: Intervalo de ciclo: C/..... días. Cantidad de Ciclos programados:							
Droga	Dosis mg/ m2	días	Dosis total por día				
1-							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							

Enfermedad avanzada: Indique sitios de Mts. a Valorar y método. (recuerde adjuntar fotocopia de estudios de valoración)
 Hígado; Pulmón; Ganglios, SNC, Óseo; Medula Ósea; Dérmicas; Otros especificar
 TAC; RMN; Centello; Bioquímico; Examen Físico; Otro especificar

Lugar y fecha

Contacto institucional: Tel. Fax

Firma y sello del médico especialista

Firma y sello del director médico o responsable de filial