



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS. RENOVACION									
Nombre y Apellido						Fecha Nac. / /			
DNI N°		Profesión			sexo: M F		Edad		
Domicilio						Tel.			
Localidad			Provincia			País			
Institución/hospital									
Diagnóstico									
Motivo de Renovación: Continua con esquema; Cambio de tratamiento: a- Toxicidad, b- Progresión									
Si corresponde: Fecha de progresión o recaída: / / Biopsia: si no; Sitio de progresión:.....									
Receptores: RE: RP: HER 2/neu: Kras: EGFR: Otros:									
Observaciones :									
Performance Status actual		0	1	2	3	Sup.Corporal:		Peso:	Talla:
Tratamiento a realizar Esquema de tratamiento solicitado			Tipo		Adyuvante				
					Neo Adyuvante				
					Avanzado:		N° Linea 1° 2° 3°		
Intervalo del esquema: Intervalo C/----- dias			Continuidad de tratamiento						
			N° ciclos Realizados:						
			N° ciclos Programados:						
Droga				Dosis mg/ m2		días		Dosis total por día	
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
Luego de 3 ciclos de tratamiento en enfermedad avanzada se debe completar valoración de respuesta									
Mts. a Valorar y método, (recuerde adjuntar fotocopia de estudios de valoración)									
Hígado; Pulmón; Ganglios, SNC, Óseo; Medula Ósea; Dérmicas/Partes blandas;									
Otros especificar:.....									
TAC; RMN; Centello; Bioquímico; Ecografía; Examen Físico; Otro especificar									
P/ continuidad de tratamiento: Valoración de respuesta: E.Estable / RTA Parcial / RTA Completa									
Lugar y fecha							Tel.		
							Fax		
Firma y sello del médico especialista									
Firma y sello del director médico de la institución o responsable de la filial									