

INICIO

REPETICIÓN

ONCOLÓGICO

CRÓNICO

Apellido: _____ Nombres: _____ Tipo y Nº de documento : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Piso / Depto: _____ CP: _____ Localidad: _____

Tel/Cel de contacto: _____ E mail de contacto: _____ Partido: _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ Sup. Corporal (m²): _____

Período de Prescripción / Medicación oral

Diagnóstico: _____ T/N/M: _____ Estadio: _____

Nº de Ciclo: _____ Intervalo: _____ PS (0-4): _____

Mensual Bimestral Trimestral

Datos del establecimiento de Atención: HOSPITAL _____ Localidad: _____

"DfYgWjdVjCb`U1 ghLXU`UJ589A97I A`XY`-bgl`hi lc`Dfcj]bVjU`XY`7zbWwf"DfYgWjdVjCb`dcf`@mXY; YbffjWtg"

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD	DOSIS DIARIA	Nº DE DÍAS	DOSIS TOTAL	VÍA Administración

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Sr/a Paciente: Verifique que todos los campos estén completos a fin de evitar demoras en los trámites.

Todas las recetas deben ser originales

Fecha vigencia de receta: 30 días hábiles

Todas las modificaciones deben ser salvadas con la firma y sello del médico

ADJUNTAR

- Con Cada INICIO o CAMBIO de medicamento**
- Fotocopia DNI
 - Negativa de ANSES
 - Fotocopia Anatomía Patológica
 - Laboratorio (con receptores, etc.)
 - Imágenes
 - Resumen de Historia Clínica

DATOS TRÁMITE

- Sede del banco Nº
- Fecha de recepción
- Me atendió:
- Tel. Sede:
- Llamar a partir de la fecha: