



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

OSP. OBRA SOCIAL
PROVINCIA



**PATOLOGÍA
ONCOLOGICA**

Formulario - 001

**SOLICITUD DE INGRESO O ROTACIÓN DE ESQUEMA DENTRO DEL PROGRAMA
DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ONCOLÓGICO**

Cobertura médica:

N° Beneficiario:

Datos del Paciente:

Apellidos y Nombres:
 Fecha de nacimiento:/...../20..... Lugar de Nacimiento:
 Documento de Identidad: DNI-LC- LE-CI, N°.....Sexo: F ☐ M ☐
 Domicilio:N°:.....Piso:.....Dto..... TE:
 C. Postal Localidad Provincia
 Lugar de entrega de los medicamentos:
TE:

Diagnostico

Estadiación (según TNM o criterios detallados en anexo de convenio).....

Resumen de Historia Clínica (epicrisis, síntesis de los principales antecedentes y detalle de tratamientos previos)

.....

Documentación Medico-Clínica de respaldo(adjuntar fotocopias)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anatomías Patológicas | <input type="checkbox"/> Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Protocolos Operatorios | <input type="checkbox"/> Cámara Gamma |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica | <input type="checkbox"/> Lab. Bioquímico |
| <input type="checkbox"/> Endoscopías | <input type="checkbox"/> Marcadores hormonales |
| <input type="checkbox"/> TAC | <input type="checkbox"/> Protocolo de irradiación |
| <input type="checkbox"/> RNM | <input type="checkbox"/> Otros (detallar) |



Formulario - 001

Plan de tratamiento: El paciente tiene previsto

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia Oncológica | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Irradiación |
| <input type="checkbox"/> Hormonoterapia | <input type="checkbox"/> Inmunoterapia | <input type="checkbox"/> Trat. Combinados |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Terapia Paliativa | <input type="checkbox"/> Otros |

Programa Quimioterápico Oncológico:

Altura:mts. Peso:kgrs. Superf. Corp.....mts2 PS (ECOG).....

Medicación Citostática (prescripción genérica): Solicito la autorización del presente plan terapéutico y se provea al paciente de las siguientes drogas, para cada uno de los ciclos previstos.

Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

Medicación Complementaria

Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad
1)				
2)				
3)				

Periodicidad entre ciclos: **Duración estimada:**

Fecha pedido:/...../.....

Fecha prevista de aplicación :/...../.....

Observaciones y/o datos de interés: (a detallar por el profesional tratante)

.....
.....

Nombre y Apellido Médico Tratante:

Domicilio.....T.E.....Horario de atención.....

Firma y sello