INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS NUCLEARES PARA LA SALUD

LOGO INTECNUS

Página 1 de 1

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Nombre y A	pellido:				
Documento	:	HC:			
Nacimiento	:	Edad:			
Ciudad:		Región:			
Ocupación:		Teléfono:			
Obra Social:		Número:			
Derivante:		Centro:			
		CA DE MAMA			
Lateralidad:	Cuadrante:				
Karnofsky:	PS:	Comorbilidades:			
ikarnoisky.	13.	comorbinadaes.			
Derivación:					
Derivacion.					
	MODALIDAD:	FECHA:	RX:		
		IDEAL		A CERTARI E	
_		IDEAL		ACEPTABLE	
_					
_					
-					
-					
	4		/		
	Restricciones a Órganos Recomendadas (NSABP B-51 / RTOG: 1304):				
Obse	ervaciones:				
				Firma	