



PRESCRIPCIÓN MÉDICA

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|--|---|-----------|--|--|
| Nombre: | | | | | Apellido: | | |
| Documento: | | | | | HC: | | |
| Nacimiento: | | / | | / | Edad: | | |
| Ciudad: | | | | | Región: | | |
| Ocupación: | | | | | Teléfono: | | |
| Obra Social: | | | | | Número: | | |
| Derivante: | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|-------|-----------------|--|---|--|---|--|------|--|--|--|----|--|
| PSA: | | ng/mL | Gleason: | | + | | = | | TNM: | | | | E: | |
| Karnofsky: | | | Comorbilidades: | | | | | | | | | | | |

| Derivación: | | | | | | RT: | | | | | | FECHA: | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | IDEAL | | | | | | ACEPTABLE | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Restricciones a Órganos Recomendadas (NSABP B-51 / RTOG: 1304)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Observaciones: | | | | | | |
| | | | | | Firma | | |