



intecnus
INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS
NUCLEARES PARA LA SALUD

INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS NUCLEARES PARA LA SALUD

Página 1 de 1

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

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

CÁNCER DE MAMA

PS: ng/mL **Zona:** **TNM:** **E:**

Karnofsky: **Comorbilidades:**

Derivación:

RT:

FECHA:

PTV

FRACCIONAMIENTO

IDEAL

ACEPTABLE

Restricciones a Órganos Recomendadas:

Observaciones:

Firma