



Solicitud de Tratamiento. Radioterapia.

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido: _____

Nº Afiliado: _____

Procedimiento radioterapéuticos: _____

(marcar con una cruz)

1. Acelerador lineal de electrones fotones ☐

2. Telebaltoterapia ☐

3. Radioterapia superficial ☐

4. Radioterapia esterotaxica ☐

5. Radioterapia tridimensional conformada ☐

6. Braquiterapia ☐

Procedimiento solicitado: _____ Fecha prevista: _____

Simulación: _____

Planificación computada: _____

Cantidad total de aplicaciones: _____ Cantidad solicitada: _____

Cantidad de radiación por aplicación (cGy): _____

Localización y campos por localización: _____

Cantidad de radiación por localización: _____

Número de aplicaciones diarias por localización: _____

Tratamiento Solicitado

Medicamento (nombre genérico)	Forma Farm.	Dosis/Unidad o Conc.	Vía de Adm.	Int. de Adm.	Cant. de Días/Ciclo

Nº Autorización: _____ Fecha Autorización: / /

Firma y sello

Aclaración: _____

PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación: _____ Fecha: / /

Firma y sello del personal responsable: _____



Solicitud de Tratamiento. Pacientes con Patología Oncológica y Onco Hemtológica.

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido: _____	Nº Afiliado: _____
Centro prestador: _____	E-mail: _____
Dirección: _____	Tel/fax: _____

Diagnóstico Histopatológico

Diagnóstico (Cie10): _____		Fecha del Diag.: ____ / ____ / ____	
Estadío inicial: T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estadío inicial: T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Localización/es: _____			
Metástasis (si corresponde):	Dérmicas	Oseas	Hepáticas
Pulmonares	Ganglionares	Otras	Descríp.
Peso (Kg): _____	Talla (cm): _____	Sup. Corp. (m2): _____	

Descripción Tratamientos Previos

Tratamiento	Tipo	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
Cirugía			
Radioterapia			
Quimioterapia			
Inmuno terapia			

Objetivo del Tratamiento

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Concomitante c/radioterapia <input type="checkbox"/> | 4. Curativo <input type="checkbox"/> |
| 2. Adyuvante o complementario <input type="checkbox"/> | 5. Paliativo <input type="checkbox"/> |
| 3. Neoadyuvante <input type="checkbox"/> | |

Resumen de Historia Clínica: _____

Auditoría(autorizado o denegado): _____

PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación: _____	Fecha: ____ / ____ / ____
Firma y sello del personal responsable: _____	