

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre/s: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sup. Corporal: _____

N° de Beneficiario: _____ Fecha de inicio de enfermedad: / /

Diagnóstico principal (Adjuntar informe de anatomía patológica): _____

Diagnóstico Histopatológico TNM/Estado Inicial: _____

Status Clínico (Ecog): 0 1 2 3 4

Tratamiento en inicio Renovación Cambio por progresión Cambio por toxicidad

Sitio de metástasis: Hígado Pulmón Ganglionar Óseo Serosa Otros (¿Cuál?)

RESUMEN HISTORIA clínica

.....

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SOLICITADO (ADJUNTAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

A- Nombre de la droga a utilizar	B- Dosis en M2 de Sup. Corp.	C- Días de Aplicación
1		/ /
2		/ /
3		/ /
4		/ /
5		/ /
6		/ /

INTERVALO ENTRE ciclos/días con internación / sin internación cant. de ciclo s / MESES PROGRAMADOS

--	--	--

ELEMENTOS DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD (DOCUMENTAR C/COPIA DE INFORME)

Exámen Físico: Sí No RX: Sí No Ecografía: Sí No Centello: Sí No

TAC: Sí No RMN: Sí No SA: Sí No Ca125: Sí No

Ca15.3: Sí No Ca19.9: Sí No CEA: Sí No Anat. Pat.: Sí No

Otros: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Quimioterapia	Inicio:	Finalización:	Respuesta:	
<hr/>				
	Toxicidad/Tipo: Adjuvante:	Neoadjuvante:	Avanzado:	N° Línea:
<hr/>				
<input type="checkbox"/> Inmunoterapia	Inicio:	Finalización:	Respuesta:	
<hr/>				
	Toxicidad/Tipo: Adjuvante:	Neoadjuvante:	Avanzado:	N° Línea:
<hr/>				

Otros tratamientos previos realizados:

.....

.....

.....

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre/s:		Matrícula:
<hr/>		
Tel. Laboral:	Tel. Cel.:	E-Mail:
<hr/>		
Especialidad:		
<hr/>		

FIRMA CONSENTIMIENTO DEL Beneficiario

FIRMA y SELLO DEL MÉDICO tratante

LUGAR y FECHA