

# ONCOLOGÍA



Nº DE AFILIADO:  
APELLIDO Y NOMBRE:  
EDAD: F M  
TEL DE CONTACTO:

PESO:	Talla:	SUPERFICIE CORPORAL:
-------	--------	----------------------

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

DIAGNOSTICO:

FECHA DE DIAGNOSTICO:
ESTADIO:
LOCALIZACIONES SECUNDARIAS ( SI CORRESPONDE):
ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO:

ADYUVANTE:	NEOADYUVANTE:	PALIATIVO:
------------	---------------	------------

DROGRA GENERICA	DOSIS xM2	DOSIS DIARIA	VIA ADMINISTRACION	MODO	DIAS	ADMINISTRACION

FRECUENCIA:	CANTIDAD DE CICLOS:
-------------	---------------------

ANTIEMETICOS/OTROS:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE

TEL DE CONTACTO:

FECHA:

FECHA DE PROVISION DE MEDICACION:	CICLO:
-----------------------------------	--------

## ADJUNTAR:

- Resultado de la anatomía patológica
- Informe del histopatológico
- Informes de estudios realizados (imagenes, laboratorio, etc.)
- Receta de la medicación

## IMPORTANTE:

Ante cambio de fármacos, cambio de dosis y o si se agrega otro medicamento al esquema inicial, o se inicia un nuevo esquema se debe completar nuevamente por el médico tratante.