



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - MEDICACIÓN ONCOLÓGICA Y HEMATOLÓGICA**

PRIMERA VEZ  COTINUIDAD  NUEVO TRATAMIENTO

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

Nº DE SOCIO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: F  M

CATEGORÍA: OBLIGATORIO  VOLUNTARIO  MONOTRIBUTISTA  JUBILADO  MAIL: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA PATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO: OMS \_\_\_\_\_

FECHA DIAG.: / /

ESTADÍO INICIAL: \_\_\_\_\_

ESTADÍO ACTUAL: \_\_\_\_\_

LOCALIZACIÓN/ES 2º/S (si corresponde): \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

SUP. CORPORAL: \_\_\_\_\_

ECOG / KARNOSFKY: \_\_\_\_\_

PERFORMANCE CLÍNICA: ESCALA ECOG/KARNOFSKY - TERAPIAS PREVIAS

CIRUGÍA:  NO  SI FECHA Y DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

QUIMIOT.:  NO  SI FECHAS Y ESQUEMA: \_\_\_\_\_

HORMONOT.:  NO  SI FECHAS Y DROGA: \_\_\_\_\_

INMUNOT.:  NO  SI FECHAS Y DROGA: \_\_\_\_\_

RADIOT.:  NO  SI FECHAS, DOSIS Y CAMPO: \_\_\_\_\_

INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD:  NO  SI DURACIÓN: \_\_\_\_\_

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

CARÁCTER: ADYUVANTE  NEOADYUVANTE  PALIATIVO  CICLO Nº: \_\_\_\_\_ CANT. DE CICLOS: \_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO (fundamentación médica) \_\_\_\_\_

**PREVIO**

MEDICACIÓN POR D.C.I.  
(Denominación Común Internacional)

DOSIS: mg / m2

DÍAS

FRECUENCIA

DESDE / HASTA

MEDICACIÓN POR D.C.I. (Denominación Común Internacional)	DOSIS: mg / m2	DÍAS	FRECUENCIA	DESDE / HASTA



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - MEDICACIÓN ONCOLÓGICA Y HEMATOLÓGICA**

**ACTUAL**

MEDICACIÓN POR D.C.I. (Denominación Común Internacional)	DOSIS: mg / m <sup>2</sup>	DÍAS	FRECUENCIA	DESDE / HASTA

LUGAR DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA ÚLTIMO TRATAMIENTO:        /        /        FECHA PROBABLE PRÓXIMO TRATAMIENTO:        /        /

FECHA DE PRESCRIPCIÓN:        /        /

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

TEL. MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

**ADJUNTAR:**

- Informe del histopatológico
- Infomes de estudios realizados (imágenes, laboratorio, etc.)
- Receta de medicación

**IMPORTANTE:**

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



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Autorización para recibir tratamiento con medicamentos**

Droga \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_, o mi tutor o representante lega \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en \_\_\_\_\_

bajo la atención profesional de Dr. \_\_\_\_\_

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_