



REGISTRO ONCOLOGICO PACIENTES IOSPER

DATOS DEL AFILIADO:

Nombre y Apellido: Fecha de nacimiento:/...../.....

N° de afiliado: Localidad:

Domicilio: Teléfono:

Datos del Prescriptor: Teléfono: Correo electrónico:

DIAGNÓSTICO:

Localización Anatómica

Histología:

Estadío: Fecha inicio tratamiento:/...../.....

T:..... N: M:..... Fecha de Diagnóstico:/...../.....

PROTOCOLO AL QUE INGRESA: (detallar mgrs/m²) **N° DE CICLOS PREVISTOS:**

1.

2.

3.

4.

5.

PESO:

TALLA:

SUPERFICIE CORPORAL:

MONODROGA EN MGRS. POR CICLO:

1.

2.

3.

4.

5.

PERFORMANCE STATUS (ECOG o Karnofsky)



NOMBRE DEL PACIENTE:

BREVE RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Adjuntar exámenes complementarios)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A iniciar: NEO ADYUVANCIA () ADYUVANCIA () PALIATIVO ()

TRATAMIENTOS PREVIOS:

CIRUGÍA: SI/NO Fecha: ----/----/----- Esquema:

QUIMIOTERAPIA: SI/NO Fecha: ----/----/----- Esquema:

RADIOTERAPIA: SI/NO Fecha: ----/----/----- Esquema:

HORMONOTERAPIA: SI/NO Fecha: ----/----/----- Esquema:

EVALUACIÓN DE RESPUESTA:

Cada 3 ciclos:

Evaluación por imágenes del sitio metastásico (lesiones target):

.....

Marcadores:

Perfomanance Status:

Tolerancia:

FECHA:

Firma y Sello del Médico Tratante: