

Datos del afiliado

Los campos con (*) son obligatorios

Historia clínica Nro.

Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento Sexo F M (*) Tipo y N° de documento DNI LE LC

Domicilio

(*) Localidad (*) Teléfono ()

Datos del Prescriptor

(*) E-mail (*) Teléfono ()

Diagnóstico

Localización Anatómica

Histología (*) Estadío

Fecha inicio Tratamiento Fecha de Diagnóstico (*) T: N: M:

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Quimioterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Radioterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Hormonoterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>

Evaluación de Respuesta

Cada 3 ciclos:

Evaluación por imágenes del sitio metastásico (lesiones target):

Marcadores:

Perfomanance Status:

Tolerancia:

Fecha

Firma y Sello Médico Tratante

Form 02-747 (Reverso)