

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS
QUIMIOTERAPIA / HORMONOTERAPIA / INMUNOTERAPIA
(Validez trimestral)

Apellido y Nombres: (1)
N° de Afiliado: (1) DNI: Edad: (1)
Domicilio:

Diagnóstico: (1) Estadio: (1) T N M
Tipo de Histopatología: (1)

Paso: (2) Talla: (2) Superficie Corporal: (2):

| Esquema Terapéutico: (mg/m ² , AUC) (4): | N° CAJAS/MES |
|---|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

N° de Ciclo: (1) Adyuvancia Neoadyuvancia

Paliativo Línea de Tratamiento: (1) 1^a
2^a
3^a
Otra:

Modelo de valoración: (2) Examen Físico
(marcar lo que corresponda) TAC
 RNM
 Medicina Nuclear
 Marcadores Tumorales

Respuesta al tratamiento: (3)

Firma y sello
Teléfono
Fecha:

(1) Completar siempre
(2) Completar solo al inicio del tratamiento
(3) Completar post 2° o 3° ciclo
(4) Completar al inicio del tratamiento o ante modificación del mismo