

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE.....DNI N°.....
 FECHA NAC...../...../..... EDAD.....
 DOMICILIO.....LOCALIDAD.....
 TEL -CONTACTO.....E-MAIL.....

DIAGNOSTICO.....ANAT. .PATOL.(Tipo Histológico).....

ESTADIO..... T.....N..... M.....SUPERFICIE CORPORAL.....m² T:.....cm – P :.....Kg.....

STATUS CLINICO (ECOG) 0 1 2 3 4 5

TRATAMIENTOS PREVIOS

QUIRURGICO: DE TUMOR PRIMARIO SI NO ESPECIFICAR.....

RADIOTERAPIA TUMOR PRIMARIO METASTASIS

SISTEMICO SI NO

HORMONOTERAPIA SI NO

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE NEOADYUVANTE AVANZADA

TRATAMIENTO A REALIZAR ESQUEMA DE TRATAMIENTO: INTERVALO DE CICLO CADA.....DIAS

DROGAS (en Mayúscula y Letra Legible)	DOSIS (mg/m)	Días	Dosis total x día mg/m ²

FECHA...../...../..... TEL Y E-MAIL DEL MEDICO ONCOLOGO.....

FIRMA Y SELLO DEL ONCOLOGO

***** **EL AFILIADO DEBERA ADJUNTAR TODOS LOS ESTUDIOS REALIZADOS**

Informe Histopatológico TAC RMN PET Centellograma Óseo

Laboratorios Marcadores tumorales Receptores Hormonales - Estrógenos Progesterona

Her 2Neu Kras Eger Otros

Los datos personales requeridos son **OBLIGATORIOS** y tienen carácter de **DECLARACION JURADA** (Art. 275 CP), siendo válidos y eficaces para toda notificación que el Ioscor realice a través de las vías de comunicación declaradas por Ud. (correo electrónico y/o número telefónico).