



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

R.N.O.S. - 1-2170-5

PLANILLA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Apellido y Nombres: _____

Nº Afiliado: ____/____/____ Documento: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico del profesional informante: _____

Lugar de entrega: _____

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: ____/____/____

Informe Anátomo Patológico: _____

Estadio inicial: _____

Estadio actual: _____

Evaluated por: _____

PESO: Kg. TALLA: cm SUPERFICIE CORPORAL.: EDAD: años

TRATAMIENTO PREVIO: SI NO

HORMONOTERAPIA FECHA: ____/____/____

INMUNOTERAPIA FECHA: ____/____/____

QUIMIOTERAPIA FECHA: ____/____/____

RADIOTERAPIA FECHA: ____/____/____

TERAPEUTICA POR GENERICOS PRESCRIPCIÓN MEDICA Plan terapéutico y esquema de aplicación:

Droga/Genérico	Presentación	Dosis	Nº Ciclos/Duración (días)

Médico Solicitante:

Ciclo solicitado en la presente N°

CARÁCTER ADYUVANTE

NEO ADYUVANTE

PALIATIVO

Fecha último tratamiento: ___/_____/_____

Nº DE CICLOS:

Evolución del tumor: _____

