RECETA ONCOLOGÍA

FARMANEXUS

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS
SR. AFILIADO Y MÉDICO TRATANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR EL PRESENTE FORMULARIO, FOTOCOPIA DE LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS, A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORIA Y POSTERIOR ENVIO DE LA MEDICACIÓN

OBRA SOCIAL (SIGLAS) _____ **Nº S.S.S.** _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO F M

DOC. TIPO _____ NRO. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Nº AFILIADO _____ TELÉFONO _____

CALLE _____ Nº _____ PISO _____ DPTO. _____ COD. POSTAL _____ BARRIO _____

LOCALIDAD _____ PROV. _____ E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO) _____

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO _____ NOMBRE _____

MATRÍCULA _____ ESPECIALIDAD _____ MAT. ESPECIAL _____

TELÉFONO _____ TEL. CELULAR _____

E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO) _____

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES

EDAD _____ AÑOS TALLA _____ CM. PESO _____ KG. SUP. CORP. _____ M2 T.A. _____ MM/HG.

TABAQUISMO ACTIVO SI ☐ NO ☐ INSUFICIENCIA HEPÁTICA SI ☐ NO ☐ APP _____ % INSUFICIENCIA RENAL SI ☐ NO ☐

CLEARENCE DE CREATININA _____ ML/MIN. DIALISIS CRÓNICA SI ☐ NO ☐ Nº SESIONES PROM/ MES _____

FECHA DE COMIENZO DEL TRATAMIENTO ACTUAL _____ TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____

DIAGNÓSTICO/ TIPIFICACIÓN - EXTENSIÓN / ESTADIFICACIÓN

INFORME PATOLÓGICO

PATÓLOGO INFORMANTE

EXÁMENES PREVIOS		
RAYOS X		RMN
ANÁLISIS CLÍNICOS		MARCADORES TUMORALES
TOMOGRAFÍA		OTROS
CENTELLOGRAMA		

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO		
NEO ADJUVANCIA		CICLO
ADJUVANTE		CICLOS PROGRAMADOS
AVANZADO		DURACIÓN CICLO
LÍNEA		

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS/ UNIDAD	CANTIDAD TOTAL REQUERIDA
Nota: la medicación sólo podrá ser prescripta por el médico oncólogo o refrendado por el mismo				

FECHA _____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO _____

IMPORTANTE / FECHA PREVISTA PRÓXIMO CICLO: _____

UNA EMPRESA DE GRUPO PROYECTA UN PASO ADELANTE EN SALUD