

D.O.S.E.P.

CHACABUCO ESQ AYACUCHO - SAN LUIS
TEL: y FAX 02664 424626

www.dosep.sanluis.gov.ar
planesespeciales@dosep.sanluis.gov.a

**PROGRAMA PARA TRATAMIENTO
ONCOLOGICO**

AREA PLANES ESPECIALES
USO INTERNO

H.C. N°	
OBS	

F.108 (V-2.2)

REQUISITOS INDISPENSABLES:

- 1- Ser atendido por un médico especialista en Oncología Clínica u Oncohematología, según corresponda.
- 2- El formulario debe ser confeccionado por el profesional actuante en letra clara y legible.
- 3- Se debe adjuntar los estudios relacionados la patología diagnosticada: copia de informe de biopsia, estudio de IHQ, estudios por imágenes.

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE.....

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... DNI:

DOMICILIO..... LOCALIDAD.....

TELEFONO DE CONTACTO: MAIL:.....

DIAGNOSTICO: ESTADIFICACION:

ALTURA..... PESO: SUP. CORP:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

EVALUACION CLINICA:

ESCALA DE KARNOFSKY (PS)	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
DETERIORO COGNITIVO	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CF
INSUFICIENCIA CARDIACA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CF
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CF
HEPATOPATIAS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	ACLARAR
AMBULANTE	<input type="checkbox"/>		SEMI AMBULANTE	<input type="checkbox"/>	
				NO AMBULANTE	<input type="checkbox"/>

TERAPIAS PREVIAS:

CIRUGIAS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	
QUIMIOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA/...../..... DESCRIPCION.....
HORMONOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA/...../..... DESCRIPCION.....
INMUNOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA/...../..... DESCRIPCION.....
RADIOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA/...../..... DESCRIPCION.....
DIALISIS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA/...../..... DESCRIPCION.....

RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTERIOR:

PLAN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICOS:

DROGA	POTENCIA	FORMA FARMAC.	DOSIS mg/ m ²	FRECUENCIA	N° CICLOS

BOMBA ELASTOMÉRICA.....AGUJA TIPO HUBER.....

PLAN DE TRATAMIENTO PALIATIVO:

DROGA	POTENCIA	FORMA FARMAC.	TAMAÑO ENVASE	DOSIS DIARIA	PERIODO DE AUTORIZACION

NO POSEO NINGUN CONFLICTO DE INTERESES VINCULADO A LA PRESCRIPCION ACTUAL

DOSEP se reserva el derecho de autorización de medicamentos en fase II/Off label entendiendo que los mismos aún no tienen probada calidad, eficacia y seguridad, siendo la responsabilidad exclusiva del médico tratante.

TEL. CONTACTO DEL MEDICO..... EMAIL:

FECHA...../..... / FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE.....

RESERVADO AUDITORIA MEDICA

Renovación sin cambios..... Cambios anticipados

DROGA	POTENCIA	FORMA FARMAC.	TAMAÑO ENV.	CANT. ENV.	FRECUENCIA ENTREGA	PLAN	% COB.	PLAZO

FECHA...../..... / FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR.....