

**F.108** (v-2.2)

Área Planes Especiales  
Uso Interno

H.C.N°

OBS

*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:  
 .....  
 .....

**EVALUACIÓN CLÍNICA:**

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 CARDÍACA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CF .....
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CF .....
HEPATOPATÍAS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	ACLARAR .....

AMBULANTE  SEMI AMBULANTE  NO AMBULANTE

**TERAPIAS PREVIAS:**

CIRUGÍAS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....
QUIMIOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....
HORMOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....
INMUNOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....
RADIOTERAPIA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....
DIÁLISIS	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	FECHA ...../...../..... DESCRIPCIÓN.....

RESPUESTAS AL TRATAMIENTO ANTERIOR:.....  
 .....

**PLAN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO:**

DROGA	POTENCIA	FORMA FARMAC.	DOSIS mg/m2	FRECUENCIA	Nº CICLOS

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

**PLAN DE TRATAMIENTO PALIATIVO:**

DROGA	POTENCIA	FORMA FARMAC.	TAMAÑO ENVASE	DOSIS DIARIA	PERÍODO DE TRATAMIENTO

NO POSEO NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES VINCULADO A LA PRESCRIPCIÓN 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 siendo la responsabilidad exclusiva del médico tratante

TEL. CONTACTO DEL MÉDICO:.....E-MAIL:.....

FECHA:...../...../..... FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:.....

**RESERVADO AUDITORÍA MÉDICA**

RENOVACIÓN SIN CAMBIOS..... CAMBIOS ANTICIPADOS.....

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

FECHA:...../...../..... FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:.....