

Datos del afiliado

Los campos con (*) son obligatorios

Historia clínica Nro.

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		(*) Tipo y N° de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/>
Domicilio <input type="text"/>			
(*) Localidad	<input type="text"/>	(*) Teléfono	()

Datos del Prescriptor

(*) E-mail	<input type="text"/>	(*) Teléfono	()
------------	----------------------	--------------	----------

Diagnóstico

Localización Anatómica	<input type="text"/>		
Histología	<input type="text"/>	(*) Estadío	<input type="text"/>
Fecha inicio Tratamiento	<input type="text"/>	Fecha de Diagnóstico	<input type="text"/>
		(*) T:	N: M:

Protocolo al que Ingresa (detallar mgrs/m2)

(*) N° DE CICLOS PREVISTOS:

1.	<input type="text"/>	
2.		
3.		
4.		
5.		
(*) Peso:	Talla:	Superficie Corporal:

Monodroga en Mgrs. por ciclo:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

PERFORMANCE STATUS: (ECOG o Karnofsky)

Nombre del paciente

BREVE RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Adjuntar exámenes complementarios)

A INICIAR

Neo adyuvancia:

Adyuvancia:

Paliativo:

Tratamientos Previos

Cirugía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Quimioterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Radioterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Hormonoterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>

Evaluación de Respuesta

Cada 3 ciclos:

Evaluación por imágenes del sitio metastásico (lesiones target):

Marcadores:

Performance Status:

Tolerancia:

Fecha

Firma y Sello Médico Tratante

Form 02-747 (Reverso)