

SAMI-OSMECON

Formulario de solicitud para medicación oncológica(Fecha de presentación.....)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre.....Doc.N°.....Af. N°.....

Fecha de Nacimiento:.....Edad.....Sexo.....

Domicilio.....Cgo. Postal.....Localidad.....

Teléfono.....Tel. alternativo.....Otros.....

Fecha de Dco. De la enfermedad:.....Peso.....Talla.....Sup. Corp.....

RESUMEN DE HC.....

SE EFECTUO CIRUGIA SI NO

Observaciones.....

RECIBE/RECIBIO RADIOTERAPIA SI NO

DESCRIPCION: (Tipo/sesiones/dosis, respuesta).....

RECIBIO TRATAMIENTO HORMONOTERAPICO SI NO

Respuesta.....

RECIBIO TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO PREVIAMENTE SI NO

Drogas Usadas.....

Evolución y Respuesta.....

PLAN QUIMIOTERAPICO: (Drogas)

	DROGA	DOSIS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR:

Nombre y Apellido.....Mat.N°.....

Domicilio.....Tel.....

FIRMA Y SELLO

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO PRESCRIPTOR

NOTA:

Se debe adjuntar a la presente solicitud:

- 1- Fotocopia de protocolo de Anatomía Patológica con tipificación tumoral y estratificación.
- 2- Fotocopia de protocolo de cirugía (si se efectuó).
- 3- Estudios complementarios, con imágenes que demuestren la extensión.
- 4- En caso de cambio de esquema terapéutico, se debe llenar nuevamente el presente formulario, con estudios complementarios actualizados y RHC que justifique el cambio.
- 5- Adjuntar recetas con las drogas solicitadas por el médico.

RE RUEGA LLENAR EL PRESENTE FORMULARIO CON LETRA CLARA PARA SU FACIL LECTURA.