

**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuerzabasalud.com.ar](http://www.luzyfuerzabasalud.com.ar)**EMPADRONAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS****DATOS DEL AFILIADO****HISTORIA CLÍNICA N°**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Documento N°: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESCRIPTOR**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

Localización anatómica: \_\_\_\_\_

Histología: \_\_\_\_\_

Estadio: \_\_\_\_\_ Fecha inicio tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N° DE CICLOS PREVISTOS:** \_\_\_\_\_**PROTOCOLO AL QUE INGRESA: (Detallar mgrs / m2)****MONODROGAS EN MGRS. POR CICLO**

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Talla:** \_\_\_\_\_ **Superficie Corporal** \_\_\_\_\_**Performance Status:** \_\_\_\_\_ (ECOG ó KANOSKY)**BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuerzabasalud.com.ar](http://www.luzyfuerzabasalud.com.ar)**DATOS DEL PACIENTE**Al iniciar: NEOAYUDVANCIA  ADYUVANCIA  PALIATIVO **TRATAMIENTOS PREVIOS:**

CIRUGÍA:	SI / NO	Fecha: ...../...../.....	Esquema: .....
QUIMIOTERAPIA:	SI / NO	Fecha: ...../...../.....	Esquema: .....
RADIOTERAPIA:	SI / NO	Fecha: ...../...../.....	Esquema: .....
HORMONOTERAPIA:	SI / NO	Fecha: ...../...../.....	Esquema: .....

**EVALUACIÓN DE RESPUESTA CADA 3 CICLOS**

Marcadores: .....

Performance Status: .....

Tolerancia: .....

/ / ----- Fecha	----- FIRMA DEL MÉDICO	----- SELLO
-----------------------	---------------------------	----------------

Adjuntar al formulario:

Fotocopia de informes de estudios que demuestren la patología que padece el afiliado / a.

Fotocopia de informes de estudios que se realicen para el control de la enfermedad.