

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

INICIO ☐ CAMBIO DE TRATAMIENTO ☐ Marcar con una x la opción indicada

- Se considerará CAMBIO a la progresión de la enfermedad, recaída o recidiva tumoral y al cambio del esquema terapéutico.
- El cambio de dosis de igual tratamiento, solo requiere enviar una nueva receta médica.
- Prescribir la receta por genérico.

» POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA

Apellido y Nombre:			
Nº de afiliado/a:		Fecha de Nacimiento:	
Teléfono:		Email:	
Diagnóstico histopatológico:		Estadío/Etapa Clínica:	
Fecha de inicio de enfermedad:		ECOG:	
Peso:	Talla:	Sup. Corporal:	
Descripción de tratamientos previos (cirugía-tipo, radioterapia-campos, quimioterapia e inmunobioterapia)			
Tratamiento:	Inicio:	Finalización:	
Tratamiento a realizar (marcar con una x)			
Adyuvante ☐	Neoadyuvante ☐	Avanzado ☐	Nº de Línea de
Esquema de tratamiento solicitado			
Droga	Presentación	Dosis	Nº de Cajas / Viales / Ampollas

- Nº de ciclos/duración:
- Fecha de administración:

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA A PRESENTAR JUNTO AL FORMULARIO (FOTOCOPIAS)

A. INICIO Y RENOVACIÓN

1. Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
2. Esquemas terapéuticos instituidos previamente (droga/dosis/ciclos).
3. Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada con detalle de dosis/tiempo, respuesta.
4. Informe de imágenes (resonancia, tomografía, etc).
5. Laboratorios.
6. Estadificación.
7. Anatomía patológica (informe de biopsia).
8. Inmuno histoquímica y biología molecular, si correspondiese para su aprobación (solo en primer solicitud).
9. Consentimiento informado.

- Estimado/a profesional recuerde que la información solicitada debe de ser completada en su TOTALIDAD para su correcta presentación y posterior auditoría -

Datos del médico/a especialista:		
Teléfono:	Firma y Sello:	Lugar y Fecha:
Email:		