

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (F.P.O.C.T.)

(Utilizar este F.P.O para pacientes que continúen con el mismo
esquema terapéutico prescrito el ciclo anterior)

Apellido y Nombre:	Edad:	Sexo
Delegación / Localidad	Nro. Credencial	
Diagnóstico: OMS	Ciclo Nro.:	
Sup. Corporal:	Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky	
Estadio al momento del diagnóstico:		
Estadio Actual:		

Medicamentos por DCI (Denominación Común Internacional) Presentación	Dosis: mg/m2	Días	Cant. Requerida	Frecuencia

Fecha último tratamiento:	Fecha probable próximo tratamiento:
----------------------------------	--

Firma y Sello del Médico Tratante

____ / ____ / ____
Fecha de Prescripción

Nº de contacto telefónico del Médico: