OSDIPP

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O)
1era. VEZ / NUEVO TRATAMIENTO

Apellido y Nombre:			**Edad:**		**Sexo**
Delegación / Localidad			**Nro. Credencial**		
Diagnóstico: OMS	**Fecha Diagnóstico:**		**Estado Inicial:**		
(Enviar vía fax, fotocopia de informe anátomo patológico)					
Estadío Actual:			**Localización/es 2ª/s (si corresponde)**		
Peso:	**Talla**:	**Sup. Corporal:**	**Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky**		

Terapia/s previa/s:					
Cirugía	Si		No		Fecha y Descripción:
Quimioterapia	Si		No		Fecha/s Esquema:
Hormonoterapia	Si		No		Fecha/s Droga/s:
inmunoterapia	Si		No		Fecha/s Droga/s:
Radioterapia	Si		No		Fecha/s, dosis y campo/s

Intervalo libre de enfermedad	No		Si		**Duración**:

Esquema Terapéutico Solicitado:							
Carácter:	Ayudante		Neo-Ayudante		Paliativo		Ciclo Nro.:

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

N° de contacto telefónico del Médico: