



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:

NRO. AFILIADO: SEXO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ESTADIO INICIAL:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD (INCLUIR FECHA ÚLTIMA RECAÍDA O PROGRESIÓN Y SITIO DE METÁSTASIS):

.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL

PESO: TALLA: SUPERFICIE CORPORAL:

ESTADIFICACIÓN: ECOG:

TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA	INF. DE SEGURIDAD*
1					
2					
3					
4					
5					
6					

*Informar si existieron efectos adversos, adjuntando documentación respaldatoria.

TRATAMIENTO INDICADO:

DROGA/S (CON DOSIS Y FRECUENCIA):

.....
.....

ESTRATEGIA-LÍNEA TERAPÉUTICA:

• Adyuvancia-neoadyuvancia:

• Primera línea estadio avanzado:

• Segunda línea estadio avanzado:

• Tercera línea estadio avanzado:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

.....
.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica para enfermedades oncológicas: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Solicitud de tratamiento para medicamentos oncológicos, hematológicos y otros: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Anatomía patológica.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Determinación de marcadores hormonales o bioquímicos.
- Citometría de flujo, inmunofenotipo y genotipo (si correspondiera).
- Informes de diagnóstico por imágenes (TAC, RMN, centellograma, ecografía).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°: Fecha: / /