

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## TRATAMIENTO ONCOLOGICO

<b>DATOS DEL AFILIADO /</b>			
Apellido y Nombres			
N° Afiliado		Edad	
Peso	Talla	Sup. Corporal	
Diagnóstico			
Médico prescriptor			
Dirección		Teléfono	

### 1) PLAN QUIMIOTERAPICO \_\_\_\_\_

#### a) DROGAS /

Drogas 1 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Drogas 2 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Drogas 3 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Drogas 4 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Drogas 5 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Drogas 6 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

#### b) PLAN DE ALIMENTACIÓN /


c) NUMERO DE CICLO ACTUAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE CICLOS PROGRAMADOS \_\_\_\_\_

INTERVALOS ENTRE LOS CICLOS \_\_\_\_\_

#### D) ESQUEMAS ANTERIORES /

1- Drogas \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_  
2- Drogas \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_  
3- Drogas \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_

### 2) ESQUEMA ANTIEMETICO \_\_\_\_\_

a) METOCLOPRADIMA \_\_\_\_\_ ONDANSETRON \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

b) FORMA FARMACEUTICA \_\_\_\_\_

c) DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_

d) ESQUEMA DE ADMINISTRACION \_\_\_\_\_

e) TUVO ESQUEMAS ANTERIORES SI  NO

Droga \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

Esquema de administración \_\_\_\_\_

Efectos adversos \_\_\_\_\_