



Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA

LIMA 163

TELÉFONOS:

EN EL R. N. O. S. BAJO N° 1 - 1070 - 1

1073 - CAPITAL FEDERAL

(0 11) 4383 - 4533 / 4541 / 5752 / 5803 / 6819

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS --- ADMISIÓN

Nombre y Apellido _____ Nacionalidad _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____
 DNI N° _____ Profesión _____ Sexo M F Edad ____
 Domicilio _____ Tel.: _____
 Localidad _____ Prov. _____
 Institución/Hospital: _____

Diagnóstico
 Receptores: RE RP HER 2/neu Kras EGFR Otros _____
 Fecha de diag. Oncológico: ____ / ____ / ____ TNM: T ____ N ____ M ____ Estadío ____
 Anatomía Patológica: (Aclarar método diagnóstico si corresponde por tipo de patología): _____

Status Clínico (ECOG) 0 1 2 3 Sup. Corporal m2 _____ Peso kg _____ Talla _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

CIRUGÍA de tumor primario: Si No Especificar _____
 Nro. Ganglios resecaados: _____ Nro. Ganglios comprometidos _____ Fecha ____ / ____ / ____
 CIRUGÍA de la/s metástasis: Si No Especificar _____

RADIOTERAPIA: a. Tumor primario Si No b. Metástasis Si No Localización _____

TRATAMIENTOS SISTEMICOS

Hormonoterapia: Tipo: Adyuvante Avanzada Droga: _____
 Quimioterapia: Tipo: NeoAdyuvante Adyuvante Avanzada Droga _____
 Biológicos
 Terapias Blanco Especificar cual: _____ Fecha ____ / ____ / ____
 Inmunoterapia Especificar cual: _____ Fecha ____ / ____ / ____

TRATAMIENTO A REALIZAR

Esquema de tratamiento solicitado 1) Tipo Adyuvante: Si No
 NeoAdyuvante Si No
 Avanzado: Si No N° Línea 1° 2° 3°

Esquema de tratamiento: Intervalo de ciclo: C/..... Días. Cantidad de Ciclos programados:

Droga	Dosis mg/m2	días	Dosis total por día
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			

Enfermedad avanzada: Indique sitios de Mts. A Valorar y método. (Recuerde adjuntar fotocopia de estudios de valoración)
 Hígado Pulmón Ganglios SNC Óseo Médula Ósea Dérmicas Otros especif.....
 TAC RMN Centellog. Bioquímico Examen Físico Otro especif.....

Lugar y fecha _____ Contacto Institucional: Tel./Fax _____

Firma y sello del médico especialista

Firma y sello del Director Médico o responsable de filial