

## PROTOCOLO DE INICIO ONCOLOGÍA / ONCOHEMATOLOGÍA

Fecha: ...../...../.....

### Datos personales

Apellido y Nombre: .....  
Mail: ..... Tel.: ..... Cel.: .....  
DNI: ..... Edad: ..... Género: .....

### Diagnóstico Histológico

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....  
Diagnóstico según CIE 10 (Código): ..... PS (Karnofsky): .....  
Descripción: .....  
Peso Kg.: ..... Talla mts.: ..... Superficie Corporal m2: ..... Estadío: T  N  M

### Resumen de Historia Clínica

(Adjuntar copia de exámenes complementarios y reportes anatomopatológicos)

Detallar:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamientos oncológicos previos

(Tilde lo que corresponda)

¿Realizó tratamientos oncológicos previos? SI [ ] NO [ ] (en caso afirmativo completar fecha y descripción)

Radioterapia (adjuntar informe)

Cirugía (adjuntar parte quirúrgico):

Tratamientos Farmacológicos (detallar carácter/línea, fechas, esquemas):

---

---

---

---

---

---

### Tratamiento Solicitado (Tilde lo que corresponda)

Neoadyuvancia  Adyuvancia  Avanzado (indicar línea de tratamiento)

Nº de ciclos planificados hasta finalización o evaluación de respuesta

Monodroga	Dosis (por m2 o kg)	Frecuencia	Dosis total por ciclo

Estimado colega: el presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y debe estar acompañado de toda la documentación respaldatoria requerida.

### Médico Solicitante

Apellido y Nombre: ..... Matrícula nacional: N° .....  
Mail: ..... Matrícula provincial: N° .....

Tel.: ..... Cel.: ..... Firma y Sello:

## INSTRUCTIVO DE INICIO ONCOLOGÍA / ONCOHEMATOLOGÍA

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

### INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- **Protocolo oncológico de Inicio, en original, completo en TODOS los campos.**
- **Copia de informe de Biopsia o Anatomía Patológica.**
- **Copia de informe de estudios de diagnóstico por imágenes (Tomografía, Mamografía, Centellograma, Resonancia Magnética).**
- **Copia de informe de Laboratorio o Estudios Hormonales.**
- **En caso de cirugía presentar copia de Protocolo Quirúrgico o Epicrisis.**
- **Consentimiento informado.**

### CONTINUACIÓN

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo oncológico de continuidad, en original, completo en TODOS los campos.

### CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo oncológico de Inicio, en original, completo en TODOS los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico por imágenes, en caso de no tener presentar justificativo informando el motivo del cambio.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.  
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**