

# PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE MAMA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: .....

DNI: ..... Edad: .....

## DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Peso: ..... kg. Talla: ..... mts. Superficie corporal: ..... m2.

Estadio inicial (I, II, III, IV): \_\_\_\_\_ Estadio actual (I, II, III, IV): \_\_\_\_\_

ECOG: \_\_\_\_\_

Fecha de última recaída o progresión: \_\_\_\_\_

Sitio de metástasis: \_\_\_\_\_

## EXPRESIÓN (P/N)

Receptores estrogénicos (RE)  Receptores de progesterona (RP)  HER2 NEU

## FUNDAMENTO TERAPÉUTICO (marcar con una X lo que corresponda)

**Cáncer de mama HER2 Positivo:**

Tratamiento de ADYUVANCIA

Tratamiento del cáncer avanzado

Otro: \_\_\_\_\_

**Cáncer de Mama Metastásico RE positivo, HER2 negativo:**

Tratamiento del cáncer avanzado

Otro: \_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

Paclitaxel

Docetaxel

Ciclofosfamida

Carboplatino

Tamoxifeno (Hormonoterapia)

Antraciclinas (Doxorrubicina, Epirubicina, Daunorrubicina)

Inhibidores de la aromatasas (Anastrozol, Exemestano, Letrozol)

Radioterapia ...../...../.....

Cirugía ...../...../.....

Quimioterapia concomitante (esquema) \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:

# PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE MAMA

2 de 2

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional)

---

---

---

---

---

---

---

TRATAMIENTO SOLICITADO (marcar con una X lo que corresponda)

- Neoadyuvancia  
 Adyuvancia  
 Avanzado:  Primera línea  Segunda línea  Tercera línea

Nº de ciclos planificados hasta finalización o evaluación de respuesta: \_\_\_\_\_  
Ciclo Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Matrícula nacional N°: \_\_\_\_\_ Matrícula provincial: N°: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:

# INSTRUCTIVO DE CÁNCER DE MAMA

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 de cáncer de mama, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Estudios de diagnóstico:
  - Informe de anatomía patológica e inmunohistoquímica
  - Marcadores tumorales
  - Ecografía
  - Mamografía
  - TAC
  - PET
  - Resonancia magnética nuclear
  - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo de cáncer de mama, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- En el caso de contar con estudios actualizados:
  - Informe de anatomía patológica e inmunohistoquímica
  - Marcadores tumorales
  - Ecografía
  - Mamografía
  - TAC
  - PET
  - Resonancia magnética nuclear
  - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

## CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA 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 de cáncer de mama, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- En el caso de contar con estudios actualizados:
  - Informe de anatomía patológica e inmunohistoquímica
  - Marcadores tumorales
  - Ecografía
  - Mamografía
  - TAC
  - PET
  - Resonancia magnética nuclear
  - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.  
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.