

PROTOCOLO ONCOLÓGICO/ ONCOHEMATOLÓGICO

1 de 2

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

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

Diagnóstico:

- Linfoma cutáneo
- Linfoma No Hodgkin Folicular
- Sarcoma de partes blandas
- Tratamiento y profilaxis de micosis sistémicas
- Púrpura Trombocitopénica Idiopática
- Glioma de Alto Grado (Astrocitoma Anaplásico - Glioblastoma Recidivante)
- Glioblastoma
- Cáncer de hígado (CHC)
- Cáncer de ovario epitelial, de Trompa de Falopio Peritoneal Primario
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de región de Cabeza y Cuello
- Cáncer Gastrointestinal
- Cáncer Hipofisario productor de Somatotrofina
- Tumores Endócrinos Gastro-Entero-Pancreáticos Funcionales.
- Dermatofibrosarcoma protuberans
- Leucemia Linfática Crónica
- Leucemia Linfoblástica Aguda
- Leucemia Pro Mielocítica
- Otro: _____

Estadío inicial (I, II, III, IV): _____ Estadío actual (I, II, III, IV): _____

ECOG: _____

Fecha de última recaída o progresión: _____

Sitio de metástasis: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

¿Realizó tratamientos oncológicos previos?

- SI (en caso afirmativo completar fecha y descripción)
- NO
- Radioterapia/...../.....
- Cirugía/...../.....
- Tratamientos farmacológicos (detallar carácter/línea, fechas, esquemas):

Firma y Sello:

PROTOCOLO ONCOLÓGICO/ ONCOHEMATOLÓGICO

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

EVALUACIÓN DE REPUESTA

Corresponde a este ciclo:

- NO SI

Método de Evaluación: _____

Respuesta obtenida:

- EP
 EE
 RP
 RC

Toxicidad relacionada al tratamiento:

- Sin toxicidad
 Severa o que requiere internación para su tratamiento Descripción y evolución: _____

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 Nº: _____ Matrícula provincial: Nº: _____

Mail: _____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ONCOLÓGICO/ ONCOHEMATOLÓGICO

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/oncohematológico, 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 (en el caso de corresponder)
 - Laboratorios o estudios hormonales
 - Marcadores tumorales
 - Ecografía
 - Tomografía
 - 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 oncológico/oncohematológico, 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 (en el caso de corresponder)
 - Laboratorios o estudios hormonales
 - Marcadores tumorales
 - Ecografía
 - Tomografía
 - 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 oncológico/oncohematológico, 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 (en el caso de corresponder)
 - Laboratorios o estudios hormonales
 - Marcadores tumorales
 - Ecografía
 - Tomografía
 - 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.