



Banco Nacional de Drogas  
Oncologicas

2185



MINISTERIO de  
**SALUD**  
de la NACIÓN

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS. ADMISION

Nombre y Apellido..... Nacionalidad.....Fecha Nac...../..... /.....

DNI Nº.....Profesión:.....Sexo: M F Edad:.....

Domicilio:.....Tel:.....

Localidad:.....Provincia:.....Pais:.....

Institucion/Hospital:.....

Diagnostico:.....COD CIE10:.....

Receptores:..... RE.....RP.....HER2/neu.....Kras.....EGER.....Otros:.....

Fecha de Diagnostico:...../...../.....TNM: T.....N.....M.....ESTADIO:.....

**Anatomia Patologica:**

(aclarar metodo de diagnostico  
si corresponde por tipo de patologia)

Sup. Corporal:.....m2

STATUS CLINICO (ECOG) | 0 | 1 | 2 | 3

Peso:.....kg/Talla:.....cm

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

CIRUGIA de tumor primario: .....SI.....NO.....Especificar:.....

Nº de ganglios resecaados:.....Nº de ganglios comprometidos:.....Fecha: ...../...../.....

CIRUGIA de la/s metastasis:.....SI.....NO.....Especificar:.....Fecha: ...../...../.....

**RADIOTERAPIA:** a- Tumor primario:.....SI.....NO b- Metastasis:.....SI.....NO Localizacion:.....

**TRATAMIENTOS SISTEMICOS:**.....SI.....NO

HORMONOTERAPIA: Tipo:.....Adyuvante.....Avanzada - Droga:.....

QUIMIOTERAPIA: Tipo:.....Neoadyuvante.....Adyuvante.....Avanzada - Droga:.....

**BIOLOGICOS:**

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 - Nº de Linea:.....1º.....2º .....3º

Esquema de tratamiento: INTERVALO DE CICLO: C/.....DIAS. CICLOS PROGRAMADOS:.....

| DROGA (letra imprenta mayuscula) | DOSIS (mg/m2) | Dias | Dosis total por dia(mg/m2) |
|----------------------------------|---------------|------|----------------------------|
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |
|                                  |               |      |                            |

ENFERMEDAD AVANZADA: Indique sitios de Mtts. a valores y metodo. (Recuerde adjuntar fotocopia de estudios de valoracion)

HIGADO:.....PULMON:.....GANGLIOS:.....SNC:.....OSEA:.....DERMICAS:.....OTROS:.....

TAC:.....RMN:.....CENTELLO:.....BIOQUIMICO:.....EXAMEN FISICO:.....OTROS:.....

Lugar y Fecha:.....Contacto Institucional: TEL.FAX: .....