



Banco Nacional de Drogas
Oncologicas

2185



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS. RENOVACION

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

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

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

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

Institucion/Hospital:.....

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

Motivo de Renovacion: a- Continua con esquema:.....SI.....NO
b- Cambio de tratamiento:..SI...NO / Motivo- 1- toxicidad :..SI...NO..2- Progresion:..SI...NO...

Si corresponde: Fecha de progresion o recaida...../...../..... Biopsia:.....SI.....NO

Sitio de Progresion:.....

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

Observaciones:

Sup. Corporal:.....m2

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

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

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:

CONTINUIDAD:

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

INTERVALO DE CICLO: C/.....DIAS.

Ciclos ya realizados:.....

Ciclos ya realizados:.....

Ciclos programados:.....

Ciclos programados:.....

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

LUEGO DE 3 CICLOS DE TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD AVANZADA SE DEBE COMPLETAR VALORACION DE RESPUESTA Mts. a Valorar y Metodo, (recuerde adjuntar fotocopia de estudios de valoracion)

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

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

P/ continuidad de tratamiento: Valoracion de Respuesta: E.Estable / RTA Parcial / Rta Completa

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