



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

INICIO CAMBIO DE TRATAMIENTO

Marcar con X la opción indicada

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____ N* DE AFILIADO: _____
ALTURA (en cm): _____ PESO (en Kg): _____ SUPERFICIE CORPORAL (en m²): _____ EDAD (en años): _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: _____
ESTADÍO ACTUAL: _____ FECHA DEL DIAGNÓSTICO: ____/____/____
MTS: SI NO LOCALIZACIÓN: _____

TERAPIAS PREVIAS

TERAPIA/S PREVIA/S	FECHA	DESCRIPCIÓN
CIRUGÍA		
QUIMIOTERAPIA		
HORMONOTERAPIA		
INMUNOTERAPIA		
RADIOTERAPIA		

TRATAMIENTO A REALIZAR

ADYUVANTE NEOADYUVANTE AVANZADO

1º LÍNEA 2º LÍNEA 3º LÍNEA

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	DOSIS (mg/m ²)	INTERVALO	Nº DE CICLOS/ FRECUENCIA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

FUNDAMENTO MÉDICO POR CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

____/____/____
FECHA

FIRMA MÉDICO AUDITOR