

TRATAMIENTO ONCOLOGICO

DATOS DEL AFILIADO /		
Apellido y Nombres		
Nº Afiliado	Edad	
Peso	Talla	Sup. Corporal
Diagnóstico		
Médico prescriptor		
Dirección	Teléfono	

1) PLAN QUIMIOTERAPICO

a) DROGAS /

Drogas 1	Dosis
Drogas 2	Dosis
Drogas 3	Dosis
Drogas 4	Dosis
Drogas 5	Dosis
Drogas 6	Dosis

b) PLAN DE ALIMENTACIÓN /

Día	Día	Día	Día	Día	Día	Día

c) NUMERO DE CICLO ACTUAL _____ NUMERO DE CICLOS PROGRAMADOS _____

INTERVALOS ENTRE LOS CICLOS _____

D) ESQUEMAS ANTERIORES /

1- Drogas	Ciclos
2- Drogas	Ciclos
3- Drogas	Ciclos

2) ESQUEMA ANTIEMETICO

a) METOCLOPRADIMA _____ ONDANSETRON _____ Otra _____

b) FORMA FARMACEUTICA _____

c) DOSIS _____ TIEMPO _____

d) ESQUEMA DE ADMINISTRACION _____

e) TUVO ESQUEMAS ANTERIORES SI NO

Droga _____ Dosis _____ Tiempo _____

Esquema de administración _____

Efectos adversos _____