

**ENTREVISTA DE PREAMISIÓN Y DERIVACIÓN**

Apellido y Nombre: .....	
Nº Afiliado: .....	Nombre del Fármaco: .....
Nombre Comercial del Fármaco Solicitado: .....	

**En relación al tratamiento a indicar:**

Explicar en base a qué parámetros se decide la indicación terapéutica: .....
.....
.....
.....
.....

Número de ciclos proyectados: .....
Frecuencia de administración: .....
.....

**En relación a la enfermedad a la cual se le indica el tratamiento:**

Criterios que el/la paciente cumple para que este tratamiento esté indicado: .....
.....
.....

**Informar:**

Si es mujer:                      Pre <input type="checkbox"/>	Post <input type="checkbox"/>	menopausica
Estadio de Enfermedad: .....	Compromiso de órganos: .....	

**Escala Funcional E.C.O.G./O.M.S.**

- 0 - Actividad normal, sin limitaciones
- 1 - Limitación de actividades que requieren gran esfuerzo físico – Capaz de realizar trabajos ligeros.
- 2 - Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado.  
No puede realizar trabajos aunque sean ligeros. Permanece levantado más del 50% del día
- 3 - Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático.  
Confinado a vida de: cama-sillón más del 50% del día.
- 4 - Completamente imposibilitado. Puede necesitar hospitalización. En cama la mayor parte del día.
- 5 - Exitus

### **Escala Funcional de Karnofsky:**

KARNOFSKY: **100** = Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad.

**90** = Actividad normal, pero c/signos y síntomas leves.

**80** = Actividad normal c/esfuerzo, c/signos y síntomas morbosos.

**70** = Capaz de cuidarse, sin actividad normal o trabajo activo.

**60** = Requiere atención ocasional, pero satisface la mayoría de sus necesidades.

**50** = Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.

**40** = Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales

**30** = Totalmente incapaz, necesitaría hospitalización y tto. Activo de soporte.

**20** = Gravemente enfermo, tto. Activo necesario.

**10** = Moribundo irreversible

**0** = Muerto

### **Escala Descriptiva Simple para la Clasificación de Dolor**

**0** NO Dolor

**1** Dolor Leve

**2** Dolor Moderado

**3** Dolor Intenso