



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS

SOLICITUD MÉDICA ONCOLÓGICA

DATOS:

Apellido y nombre:

Edad:

Nº Afiliado: D.N.I. Nº Tel.:

Diagnóstico:

Estadificación:

Sexo: Peso: Altura: Sup. Corporal:

Estado actual:

TRATAMIENTOS CUMPLIDOS:

TERAPIA RADIANTE:

Fecha inicio: Cantidad de sesiones:

Fecha finalización: Establecimiento:

QUIMIOTERAPIA / HORMONOTERAPIA / INMUNOTERAPIA:

Esquema: Fecha inicio:

Cantidad de ciclos programados: Frecuencia:

Ciclos cumplidos:

CIRUGÍA:

Tipo:

Fecha y lugar:

SOLICITUD:

Descripción del tratamiento:

Inicio del tratamiento	Ciclos Programados	Ciclo actual
Monodroga	Presentación en mgrs.	Dosis

Fecha de realización: Internación: Ambulatorio:

Establecimiento:

Fecha de realización: Internación: Ambulatorio:

Establecimiento:

Datos del Profesional responsable del tratamiento:

Apellido y nombre: Tel.:

Lugar y fecha:

Matrícula Nº

Firma y sello del Profesional