



Fecha ___/___/___

TRATAMIENTO ONCOLOGICO

DATOS DEL AFILIADO /

Apellido y Nombres

N° 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 _____