

Nº DE AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDO: SEXO:

DOMICILIO: TEL:

DIAGNOSTICO: Nº DE CICLO:

ALTURA: PESO: SUPERFICIE CORPORAL:

REESUMEN HISTORIA CLINICA:

.....

.....

.....

.....

ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE:

Deterioro Cognitivo: NO SI

Insuficiencia Respiratoria: NO SI CFR:

Insuficiencia Cardíaca: NO SI

Insuficiencia Renal Crónica: NO SI

Hepatopatías: NO SI Aclarar:

Ambulante Semi Ambulante No Ambulante

TERAPIA/S PREVIA/S:

Cirugía NO SI fecha / / Descripción

Quimioterapia NO SI fecha / / Descripción

Hormonoterapia NO SI fecha / / Descripción

Inmunoterapia NO SI fecha / / Descripción

Radioterapia NO SI fecha / / Descripción

Diálisis NO SI fecha / / Descripción

Droga	Dosis mg/m2	Fecha de Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

FECHA Y RESPUESTA DE TRATAMIENTO ANTERIOR:

FECHA PRÓXIMO TRATAMIENTO: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA MÉDICO AUDITOR

Fecha de prescripción: / /

Sr. Profesional: Esta solicitud debe presentarse en Galeno al inicio del tratamiento, en la reevaluación y ante un cambio de dosis o medicación.
Recuerde reevaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo según corresponda a la patología del paciente.