

Historia clínica N°

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:		Edad	Fecha de nacimiento
D.N.I	C.U.I.L.	Estado civil	Celular
Domicilio			
Localidad		E- mail	

Datos del Prescriptor

E - mail	Teléfono
----------	----------

Diagnóstico

Localización Anatómica			
Histología		Estadío	
Fecha inicio Tratamiento	Fecha de Diagnóstico	T:	N: M:

Protocolo al que Ingresa (detallar mgrs/m2)**N° DE CICLOS PREVISTOS:**

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Peso:	Talla:	Superficie Corporal:

Monodroga en Mgrs. por ciclo:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
PERFORMANCE STATUS:	(ECOG o Karnofsky)

Paciente

Apellido y Nombre:

BREVE RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Adjuntar exámenes complementarios)

A INICIAR

Neo adyuvancia:

Adyuvancia:

Paliativo:

Tratamientos Previos

Cirugía	SI ☐	NO ☐	Fecha	Esquema
Quimioterapia	SI ☐	NO ☐	Fecha	Esquema
Radioterapia	SI ☐	NO ☐	Fecha	Esquema
Hormonoterapia	SI ☐	NO ☐	Fecha	Esquema

Evaluación de Respuesta

Cada 3 ciclos: Evaluación por imágenes del sitio metastásico (lesiones target):

Marcadores:

Perfomanance Status:

Tolerancia:

Fecha, firma y sello del Médico Tratante