

Lugar..... Fecha...../...../201...

Institución.....

Apellido y Nombres.....

Edad..... Sexo... Fecha de nacimiento...../...../...

N° de Beneficiario:...../..... ...DNI./CI:.....

Domicilio.....Ciudad.....

Provincia..... Teléfono

.....
.....
.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

[illegible]

adjuntar fotocopia de informes).

Hormonoterapia previa: 1..... 2..... 3.....

Nº de ciclos: número total de ciclos planificados inicialmente.....

[illegible]

Indicación: se deben categorizar las siguientes indicaciones: N (neoadyuvante), A (adyuvante), P (paliativa).-

DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO

(Completo: detallando dosis diaria y mensual, y tiempo probable de uso)

Dosis diaria Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

Para casos de prescripción de más de una droga

Dosis diaria Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

Dosis diaria Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

DROGA A SUMINISTRAR EN CADA PERÍODO DE TRATAMIENTO

Monodroga en su nombre genérico con especificación de miligramos.....

Cantidad de unidades a utilizar.....

Acompañar formulario con receta original

NOTA IMPORTANTE Cada 6 meses enviar datos de evolución y respuesta al tratamiento

OBSERVACIONES

IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN: Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre.....

Especialidad.....

Teléfono laboral..... días y horas de atención.....

Teléfono Móvil.....

Firma y Sello.....