

RECETARIO ONCOLÓGICO ÚNICO

DIA		MES		AÑO	

Apellidos y Nombres:	Afiliado N°:
----------------------	--------------

Domicilio:	Localidad:	Teléfono:
------------	------------	-----------

SEXO	M	EDAD (años)	Talla (cm)	Peso (Kg.)	Sup. Corp.
	F				

Diagnóstico OMS	PS	Diagnóstico Cito / Histopatológico y Protocolo N°
-----------------	----	---

Protocolo			Cant. Ciclos Programados				Vía de administración		N° Ciclo Actual		
N°	Nombre genérico (no comercial)	Presentac. (en mg o it)	Forma farmacéutica			Cantidad unidad	Dosis Diaria mg / m ²	Días	Total de dosis	Vía de administración	
			Frasco Ampolla	Comprimido	Solución					Código	Referencia
1										1- Intravenosa 2- Intramuscular 3- Intrarectal 4- Intracavitaria 5- Oral 6- IVC 7- Oral (Precisar)	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Presc. I
 Inicio Tratamiento 2
 Continua tratamiento 3
 Cambio de Esquema
 Fecha de Administración

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

FIRMA Y SELLO AUDITORÍA

MOTIVO DEL CAMBIO O DE ESQUEMA