JERÁRQUICOS

Solicitud de Protocolo oncológico

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombre/s: Edad: Peso: Talla: Sup. Corporal:

N° de Socio: Fecha de inicio de enfermedad: / /

Diagnóstico principal (Adjuntar informe de anatomía patológica):

Diagnóstico Histopatológico TNM/Estado Inicial:

Status Clínico (Ecog): 0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐

Tratamiento en inicio☐ Renovación☐ Cambio por progresión☐ Cambio por toxicidad☐

Sitio de metástasis: Hígado☐ Pulmón☐ Ganglionar☐ Óseo☐ Serosa☐ Otros (¿Cuál?)☐ . . . . . .

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SOLICITADO (ADJUNTAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

A– Nombre de la droga a utilizar	B– Dosis en M2 de Sup. Corp.	C– Días de Aplicación
1		/ /
2		/ /
3		/ /
4		/ /
5		/ /
6		/ /

INTERVALO ENTRE CICLOS/DÍAS	CON INTERNACIÓN / SIN INTERNACIÓN	CANT. DE CICLOS / MESES PROGRAMADOS

ELEMENTOS DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD (DOCUMENTAR C/COPIA DE INFORME)

Exámen Físico: Sí☐ No☐ **RX:** Sí☐ No☐ **Ecografía:** Sí☐ No☐ **Centello:** Sí☐ No☐

TAC: Sí☐ No☐ **RMN:** Sí☐ No☐ **SA:** Sí☐ No☐ **Ca125:** Sí☐ No☐

Ca15.3: Sí☐ No☐ **Ca19.9:** Sí☐ No☐ **CEA:** Sí☐ No☐ **Anat. Pat.:** Sí☐ No☐

Otros:

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

REV. 9 - JUNIO 2023

JERÁRQUICOS

Solicitud de Protocolo oncológico

TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS

☐ **Quimioterapia** Inicio: Finalización: Respuesta:

Toxicidad/Tipo: Adjuvante: Neoadjuvante: Avanzado: N° Línea:

☐ **Inmunoterapia** Inicio: Finalización: Respuesta:

Toxicidad/Tipo: Adjuvante: Neoadjuvante: Avanzado: N° Línea:

Otros tratamientos previos realizados:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre/s: Matrícula:

Tel. Laboral: Tel. Cel.: E-Mail:

Especialidad:

FIRMA CONSENTIMIENTO DEL SOCIO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

LUGAR Y FECHA

REV. 9 - JUNIO 2023

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.