

**DATOS DEL SOCIO**

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

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

Diagnóstico Principal (Adjuntar informe de anatomía patológica): \_\_\_\_\_

Diagnóstico Histopatológico TNM / Estadio Inicial: \_\_\_\_\_

Status Clínico (Ecog): 0  1  2  3  4

**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:

**TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS**

CIRUGÍAS <input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	INMUNOTERAPIA <input type="checkbox"/>
Fecha: / /	Fecha Finalización: / /	Inicio:	Inicio:
Descripción:	Dosis total:	Finalización:	Finalización:
	Localización:	Respuesta:	Respuesta:
		<b>Toxicidad/Tipo</b>	<b>Toxicidad/Tipo</b>
		Adjuvante:	Adjuvante:
		Neoadjuvante:	Neoadjuvante:
		Avanzado:      N° Línea:	Avanzado:      N° Línea:

**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