



TRATAMIENTO ONCOLOGICO

DATOS DEL AFILIADO /			
Apellido y Nombres			
Nº Afiliado		Edad	
Peso	Talla	Sup. Corporal	
Diagnóstico			
Médico prescriptor			
Dirección		Teléfono	

1) PLAN QUIMIOTERAPICO _____

a) DROGAS /

Drogas 1 _____ Dosis _____
 Drogas 2 _____ Dosis _____
 Drogas 3 _____ Dosis _____
 Drogas 4 _____ Dosis _____
 Drogas 5 _____ Dosis _____
 Drogas 6 _____ Dosis _____

b) PLAN DE ALIMENTACIÓN /

| Día |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | |

c) NUMERO DE CICLO ACTUAL _____ NUMERO DE CICLOS PROGRAMADOS _____

INTERVALOS ENTRE LOS CICLOS _____

D) ESQUEMAS ANTERIORES /

1- Drogas _____ Ciclos _____
 2- Drogas _____ Ciclos _____
 3- Drogas _____ Ciclos _____

2) ESQUEMA ANTIEMETICO _____

a) METOCLOPRADIMA _____ ONDANSETRON _____ Otra _____

b) FORMA FARMACEUTICA _____

c) DOSIS _____ TIEMPO _____

d) ESQUEMA DE ADMINISTRACION _____

e) TUVO ESQUEMAS ANTERIORES SI NO

Droga _____ Dosis _____ Tiempo _____

Esquema de administración _____

Efectos adversos _____