

## PLANILLA DE INGRESO | PROGRAMA CUIDARTE

### COMPLETAR POR MÉDICO ONCÓLOGO

#### Nombre y Apellido del Afiliado

N° Afiliado

DNI

Fecha de nacimiento

Teléfono

Celular

E-mail

Domicilio

Localidad

Domicilio de prestación

Vive solo? SI  NO 

#### Nombre y Apellido de familiar responsable

Teléfono de contacto

E-mail

#### Nombre y Apellido de otro familiar responsable

Teléfono de contacto

E-mail

#### Nombre y Apellido del médico oncólogo solicitante /

Teléfono de contacto /

E-mail /

DIAGNÓSTICO / \_\_\_\_\_

Fecha Diagnóstico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

DISEMINACIÓN LOCOREGIONAL

NO SI 

METÁSTASIS

NO SI 

Localización / \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD Epicrisis /

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS (Adjuntar informes de estudios de diagnóstico)

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTUAL (marcar con una cruz)

SE INICIARÁ

EN CURSO

SUSPENDIDO

**PROBLEMAS A TRATAR** (marcar con una cruz)

DOLOR		CONSTIPACIÓN		Sme. CONFUSIONAL		OTROS /
ASTENIA		DEPRESIÓN		DISNEA		
ADELGAZAMIENTO		ANSIEDAD		DISFAGIA		
ANOREXIA		INSOMNIO		ODINOFAGIA		
NÁUSEAS/VÓMITOS		SOMNOLENCIA		CONVULSIONES		

**EXAMEN FÍSICO /**

Peso \_\_\_\_\_ kg    Altura \_\_\_\_\_ m    Tensión Arterial \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

**Estado de conciencia /**     lúcido     vigil     estupor, obnubilación, coma

**Alimentación /**     vía oral     enteral     parenteral

**Piel /**     s/p     escaras     otros \_\_\_\_\_

**TCS /**     s/p \_\_\_\_\_

**Cabeza y Cuello/**     s/p \_\_\_\_\_

**Boca/**     s/p \_\_\_\_\_

**Sistema linfático/**     s/p \_\_\_\_\_

**Aparato cardiovascular/**     s/p \_\_\_\_\_

**Aparato respiratorio/**     s/p \_\_\_\_\_

**Abdomen/**     s/p \_\_\_\_\_

**Aparato locomotor/**     s/p \_\_\_\_\_

**Examen neurológico/**     s/p \_\_\_\_\_

**Examen urogenital/**     s/p \_\_\_\_\_

**LABORATORIO BASAL** (último análisis realizado) /

Fecha \_\_\_\_\_

Hematocrito \_\_\_\_\_    Urea \_\_\_\_\_

Hemoglobina \_\_\_\_\_    Calcemia \_\_\_\_\_

Leucocitos \_\_\_\_\_    Hepatograma \_\_\_\_\_

Plaquetas \_\_\_\_\_    Albuminemia \_\_\_\_\_

Creatinina \_\_\_\_\_    Quick/ KPTT \_\_\_\_\_

**ECOG /**

¿La persona puede desempeñarse en su trabajo?    SI     NO

¿Permanece en cama más del 50% del día?    SI     NO

¿Requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria?    SI     NO

¿Permanece en cama el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria?    SI     NO

**MEDICACIÓN ACTUAL /**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONSUME OPIOIDES /**    NO     SI     Cual? \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE MÓDULO Y SUBMÓDULO

/ Marque con una cruz /

**MÓDULO 1 / Equipo Completo**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	1 a 2 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	5 a 7 visitas por semana
<b>Psicología</b>	1 visita por semana
<b>Terapia física</b> (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
<b>Trabajador social</b>	1 visita cada 15 días
<b>Insumos</b>	

**MÓDULO 1 / Equipo Básico**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	1 a 2 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	5 a 7 visitas por semana
<b>Insumos</b>	

**MÓDULO 2 / Equipo Completo**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	1 a 3 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	1 a 2 visitas por día
<b>Psicología</b>	1 a 2 visitas por semana
<b>Terapia física</b> (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
<b>Trabajador social</b>	1 visita cada 15 días
<b>Insumos</b>	

**MÓDULO 2 / Equipo Básico**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	1 a 3 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	1 a 2 visitas por día
<b>Insumos</b>	

**MÓDULO 3 / Equipo Completo**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	2 a 4 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	2 a 3 visitas diarias
<b>Psicología</b>	1 a 2 visitas por semana
<b>Terapia física</b> (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
<b>Trabajador social</b>	1 visita cada 15 días
<b>Insumos</b>	

**MÓDULO 3 / Equipo Básico**

	Cantidad de visitas
<b>Médico</b>	2 a 4 visitas por semana
<b>Enfermería</b>	2 a 3 visitas diarias
<b>Insumos</b>	

### SUBMÓDULOS (marque con una cruz)

#### ORTOPEDIA /

- Cama
- Silla de ruedas
- Andador
- Muletas
- Inodoro portátil
- Eleva inodoro
- Silla para baño
- Almohadón antiescaras de neoprene
- Colchón antiescaras con motor compresor

#### OXIGENOTERAPIA /

- Tubo
- Recarga
- Concentrador de O2 + Tubo de Back Up
- Mochila ultraliviana de transporte
- Aspirador de secreciones
- Nebulizador

**CUIDADOR** \_\_\_\_\_ hs (pueden completar los valores: 6-12-18 ó 24)

**FECHA INICIO PRESTACIÓN** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Firma y Sello / N° Matrícula