



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

PROTOCOLO DE ONCOLOGÍA / ONCOHEMATOLOGÍA

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad: Género:

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10 (Código): PS (Karnofsky):

Descripción:

Peso Kg.: Talla Mts.: Superficie Corporal M2: Estadío: T N M

Resumen Historia Clínica

ECOG: 0 1 2 3 4 5

Estadío Actual: I II III IV

Estadío Inicial: I II III IV

Sitio de Metástasis:

Progresión/Recaída:

Quimioterapia Concomitante:

Esquema Quimioterapia concomitante:

Estrategia Terapéutica:

Marcadores Tumorales: KRAS-EFGR+ BRAFV600 N/A

Marcadores Tumorales: ALK EFGRT790M PAL1 ROS1

Tratamientos oncológicos previos

(Tilde lo que corresponda)

¿Realizó tratamientos oncológicos previos? SI [] NO [] (en caso afirmativo completar fecha y descripción)

Radioterapia (adjuntar informe)

Tratamientos Farmacológicos (detallar carácter/línea, fechas, esquemas):

Tratamiento Solicitado (Completar según corresponda)

Ciclo N°: _____ de _____	Año/s: _____
--------------------------	--------------

Monodroga	Dosis (por m2 o kg)	Frecuencia	Dosis total por ciclo

Evaluación de Respuesta

Corresponde a este ciclo: NO SI

Método de Evaluación:



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

(adjuntar copia de exámenes complementarios, de no realizarlos, adjuntar resumen de HC que justifique continuación)

Respuesta obtenida:

EP	EE	RP	RC
----	----	----	----

Toxicidad relacionada al tratamiento:

Sin toxicidad

Severa o que requiere internación para su tratamiento

↳ Descripción y evolución:

Estimado colega: el presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y debe estar acompañado de toda la documentación respaldatoria requerida.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____

Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel: _____

Firma y Sello:



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

INSTRUCTIVO DE ONCOLOGÍA / ONCOHEMATOLOGÍA

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 7 días hábiles.

- **Protocolo oncológico de Inicio, en original, completo en TODOS los campos.**
- **Copia de informe de Biopsia o Anatomía Patológica.**
- **Copia de informe de estudios de diagnóstico por imágenes (Tomografía, Mamografía, Centellograma, Resonancia Magnética).**
- **Copia de informe de Laboratorio o Estudios Hormonales.**
- **En caso de cirugía presentar copia de Protocolo Quirúrgico o Epicrisis.**
- **Consentimiento informado.**

CONTINUACIÓN

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

- Protocolo oncológico de continuidad, en original, completo en TODOS los campos.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

- Protocolo oncológico de Inicio, en original, completo en TODOS los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico por imágenes, en caso de no tener presentar justificativo informando el motivo del cambio.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoría Médica.**



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN

.....
.....
.....
.....
.....

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de , en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.