

# FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PACIENTES ONCOLÓGICOS

## 1. Datos del Beneficiario

Beneficiario			
Apellido y Nombre			
Tipo de documento		Número de Documento	
Sexo		Fecha de Nacimiento	/ /
Dirección			
Provincia		Localidad	
Teléfono		Código Postal	

## 2. Estudios Complementarios

Tipo Empadronamiento	Inicio/Cambio		
Diagnóstico OMS			
Antecedentes Familiares	Si / No	Fecha de Diagnóstico	/ /
Estado Inicial		Estado Actual	Edad
Localización/es 2			
Peso		Talla	Sup. Corporal
Prof. Clínica / ECOG/Karnofsky			

## 3. Terapia Previa

Cirugía	Si / No	Fecha y Descripción	/ /
Quimioterapia	S / No	Fecha y Esquema	/ /
Hormonoterapia	Si / No	Fecha y Drogas	/ /
Inmunoterapia	Si / No	Fecha y Drogas	/ /
Radioterapia	Si / No	Fecha dosis y campo	/ /
Intervalo libre de enfermedad	Si / No		
Esquema terapéutico Solicitado	Si / No		
Carácter		Ayudante	Neoadyudante Paliativo
Ciclo Nro.			

## 4. Profesional responsable del tratamiento

Profesional Médico			
Nombre			
Domicilio		Teléfono	
Institución		Localidad	
Especialidad		Matrícula Especialidad	

## 5. Tratamiento Seleccionado

Monodroga			
Presentación			
Dosis		Unidad/M2	
Período Dosis		Días	

## 6. Exámenes Previos

Anatomía Patológicas	Si / No		
Exámenes de Laboratorio Habituales	Si / No		
Radiología	Si / No		
Tomografía A:C	Si / No		
Resonancia Nuclear Magnética	Si / No		
Por la Clínica del Paciente	Si / No		
Otros	Si / No		
Centelleograma Oseo	Si / No		
Ecografía	Si / No		

## 7. Drogas Convalidadas

Drogas Convalidadas		Fecha Próximo Tratamiento	
Si / No		Fecha Último Tratamiento	

### Adjuntar al formulario:

Síntesis Historia Clínica.

Fotocopia Resultado de la Biopsia.

Fotocopia Carné.

Fotocopia de estudios que avalen la patología.