



FR200

RECETARIO EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES ONCOLÓGICOS (Resolución 731/23)

(MAMA; COLON; PRÓSTATA; PULMÓN; RIÑÓN; MELANOMA; MIELOMA MÚLTIPLE; LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA)

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ TEL: _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA ACTUAL:...../...../..... E-MAIL: _____

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA

PATOLOGÍA: _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA:...../...../.....

ESTADIO INICIAL: _____ ESTADIO ACTUAL: _____ MUTACIÓN GENÉTICA (SI CORRESPONDE): _____

TRATAMIENTOS PREVIOS: _____

ECOG (SI CORRESPONDE): _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

FECHA DE ÚLTIMA RECAIDA O PROGRESIÓN: _____ SITIOS DE MTTs: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO CON TECNOLOGÍA DE ALTO COSTO:...../...../.....

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE: _____

ESTRATEGIA DE LINEA TERAPÉUTICA COMO (MARQUE CON UNA CRUZ):

ADYUVANCIA/NEOADYUVANCIA

PRIMERA LÍNEA DE ESTADIO AVANZADO

SEGUNDA LÍNEA DE ESTADIO AVANZADO

TERCERA LÍNEA DE ESTADIO AVANZADO

RESPUESTA OBTENIDA: _____

PROGRESIÓN Y/O CAMBIO DE TRATAMIENTO (ESPECIFIQUE): _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO Y MOTIVO:...../...../.....; _____

3. PRESCRIPCIÓN ACTUAL:

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	MG/DÍA	CANTIDAD DE ENVASES
Rp1)		
Rp2)		
Rp3)		
Rp4)		

FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA PRESCRIPTOR

AUTORIZACIÓN MÉDICO AUDITOR

LA PRESENTE RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LOS INFORMES DE ESTUDIOS RESPALDATORIOS (ANATOMIA PATOLÓGICA Y/O PUNCIÓN, IMÁGENES, LABORATORIO, CITOMETRÍA DE FLUJO EN CASO DE CORRESPONDER, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ETC.)

OBSERVACIONES DE AUDITORÍA MÉDICA:
