

EMPADRONAMIENTO PROGRAMA DE
PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA



INICIO DEL TRATAMIENTO _____ / _____ / _____ INICIO DE NUEVO ESQUEMA _____ / _____ / _____

DATOS DE FILIACIÓN

Apellido/s y nombre/s: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

DNI - LE - LC: _____ CUIL/CUIT: _____

Número de afiliado/a: _____ Seccional: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____

Correo electrónico personal: _____

DIAGNÓSTICO FECHA DEL DIAGNÓSTICO: _____ / _____ / _____

Diagnóstico oncológico: _____	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
Tipo histológico: _____	T:	N:	M:	
	Sítio de Mts: _____			

Territorios comprometidos (1): _____

ECOG: _____

Métodos de estadificación (2): Ecografía Medicina nuclear Radiografía PET/TC TC
 RMN Marcadores tumorales Otros _____

RESUMEN DE HC (datos clínicos actualizados)

JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO SOLICITADO (1)

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Peso actual: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____ kg /m² SC: _____ m²

ESTADO FUNCIONAL DEL/A PACIENTE

Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Hepatopatías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Cuál/es: _____	

Ambulante Semi ambulante No ambulante

ESQUEMA TERAPÉUTICO (completar por ciclo si es diferente)

Farmaco (DCI)	Presentación	Dosis (mg /m ²)	Fecha de aplicación	Intervalo	Nº de ciclo actual
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____
_____	_____	_____	/ /	_____	_____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ACTUAL (3)		meses	Nº total de ciclos: _____
TERAPIA/S PREVIA/S (1)			
Terapias	Fecha	Descripción	
Cirugía	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Quimioterapia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Hormonoterapia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Inmunoterapia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Radioterapia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
TSR	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Trasplante	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
Intervalo libre de enfermedad	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	/	/
ESQUEMA PREVIO Y FECHA DEL ÚLTIMO CICLO (2)			

RESPUESTA AL TRATAMIENTO (2)			

EFFECTOS ADVERSOS GRADO 3 Y 4 AL TRATAMIENTO (1/4)		FECHA	
_____		/	/
_____		/	/
_____		/	/
_____		/	/
CAUSAS DE SUSPENSIÓN DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO (1)		FECHA	
_____		/	/
_____		/	/
ÚLTIMA PROGRESIÓN/ RECAÍDA	Fecha: _____	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO LIBRE DE PROGRESIÓN _____ meses.	
DATOS DEL MÉDICO/A TRATANTE			
Apellido/s y nombre/s: _____			
Matrícula Nacional: _____	Localidad: _____		
Matrícula Provincial: _____	Provincia: _____		
Teléfono de contacto: _____			
Correo electrónico: _____			
Lugar: _____	Fecha: _____		

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

Adjuntar a este formulario:

_____ Firma y sello médico/a tratante

- a) Estudios de diagnóstico, específicos para esta patología.
- b) Anatomía patológica.
- c) Inmunohistoquímica (HER2-PDL 1-etc.).
- d) Marcadores tumorales (laboratorio).
- e) Para Leucemia: cromosoma Philadelfia (informe).

- (1) Completar cuando se trate de inicio de nuevo esquema.
 - (2) Adjuntar los informes de los estudios de diagnóstico de estadificación.
 - (3) Corresponde desde la fecha de inicio del esquema hasta la fecha actual.
 - (4) Completar cuando se trate de inicio de nuevo esquema o continuidad de tratamiento suspendido.
- TSR - Tratamiento Sustitutivo Renal (Diálisis / Hemodiálisis).