


EMPADRONAMIENTO PROGRAMA DE

PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA



La Obra Social de UTEDYC

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: _____

Tipo histológico: _____

☐ I☐ II☐ III☐ IV

T: N: M:

Sitio 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

No ☐ Sí ☐

Insuficiencia respiratoria

No ☐ Sí ☐ CFR: _____

Insuficiencia cardíaca

No ☐ Sí ☐

Insuficiencia renal crónica

No ☐ Sí ☐

Hepatopatías

No ☐ Sí ☐ Cuál/es: _____

☐ Ambulante☐ Semi ambulante☐ No ambulante

ESQUEMA TERAPÉUTICO (completar por ciclo si es diferente)

Farmaco (DCI)	Presentación	Dosis (mg /m2)	Fecha de aplicación	Intervalo	N° de ciclo actual
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____

F. 1200

1/2

Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles | Registro Nacional de las Obras Sociales N°1-0600-5 (salud)

Alberti 646 (C1223AAD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 0800 345 6773 | info@ospedyc.org.ar | www.ospedyc.org.ar

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ACTUAL (3)			_____ meses		N° 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)						

EFECTOS 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:

- 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 Philadelphia (informe).

Firma y sello médico/a tratante

(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).