Instituto de Seguros de Jujuy

Alvear N° 745 - San Salvador de Jujuy (C.P. 4600) Jujuy - Argentina
0810-777- SALUD (72583)
www.isj.gov.ar / info@isj.gov.ar

SOLICITUD DE INGRESO O ROTACIÓN DE ESQUEMA DENTRO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ONCOLÓGICO

FORMULARIO DE ANTECEDENTES. PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA POR 1ª VEZ

Cobertura Médica: _____ **N° Credencial:** _____

DATOS DEL PACIENTE

Ap. y Nomb.: _____ Tipo de doc.: _____ N°: _____

Fecha de nac.: DÍA | MES | AÑO Lugar de Nac.: _____ Género: MASC. | FEM. | OTRO

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto.: _____ Tel.: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Lugar de entrega de los medicamentos: _____

_____ Tel.: _____

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: _____

Estadificación (según TNM) _____

_____

Resumen de Historia Clínica (epicrisis, síntesis de los principales antecedentes y detalles de tratamientos previos)

DOCUMENTACIÓN MÉDICO-CLÍNICA DE RESPALDO (adjuntar fotocopias)

- ☐ Anatomías Patológicas
- ☐ Protocolos Operatorios
- ☐ Resumen de Historia Clínica
- ☐ Endoscopías
- ☐ TAC
- ☐ RNM
- ☐ Radiografías
- ☐ Cámara Gamma
- ☐ Laboratorio Bioquímico
- ☐ Marcadores Hormonales
- ☐ Protocolo de Irradiación
- ☐ Otros (detallar)

PLAN DE TRATAMIENTO

EL PACIENTE PREVISTO

- ☐ Quimioterapia Oncológica
- ☐ Cirugía
- ☐ Irradiación
- ☐ Hormonoterapia
- ☐ Inmunoterapia
- ☐ Tratamientos Combinados
- ☐ Psicoterapia
- ☐ Terapia Paliativa
- ☐ Otros

PROGRAMA QUIMIOTERÁPICO ONCOLÓGICO

Altura: _____ mts. Peso: _____ kg. Superf. Corp.: _____ mts. 2 PS (ECOG): _____

MEDICACIÓN CITOSTÁTICA (prescripción genérica)

Solicito la autorización del presente plan terapéutico y se provea al paciente de las siguientes drogas, para cada uno de los ciclos previstos.

	Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad
1					
2					
3					
4					
5					

MEDICACIÓN COMPLEMENTARIA

	Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad
1					
2					
3					

PERIODICIDAD

Periodicidad entre ciclos: _____ **Duración estimada:** _____

Fecha pedido: DÍA | MES | AÑO **Fecha prevista de aplicación:** DÍA | MES | AÑO

Observaciones y/o datos de interés: (a detallar por el profesional tratante)

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Ap. y Nomb.: _____ Domicilio: _____

Tel.: _____ E-mail: _____ Horario de atención: _____

.....

Firma y Sello