



AMBUNEXUS C // ONCONEX

PROGRAMA DE ADMINISTRACION MEDICA DE PATOLOGIAS ONCOLOGICAS

SR. AFILIADO Y MEDICO TRATANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO, FOTOCOPIA DE LOS ULTIMOS ESTUDIOS, A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORIA Y POSTERIOR ENVIO DE LA MEDICACION.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

OBRA SOCIAL (SIGLAS)		N° S.S.S.	
-----------------------------	--	------------------	--

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO M F

DOC. - TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO

N° AFILIADO TELEFONO

CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL

BARRIO LOCALIDAD PROV.

E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER LLENADO POR EL MEDICO)

APELLIDO NOMBRE

MATRICULA ESPECIALIDAD MAT. ESPECIAL

INSTITUCION

CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL

TELEFONO TEL. CELULAR

E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS:

DOMICILIO

LOCALIDAD PROV. COD. POSTAL

DATOS ANTROPOMETRICOS Y GENERALES:

EDAD AÑOS TALLA CM. PESO KG. SUP. CORP. M2 T.A. MM/HG.

TABAQUISMO ACTIVO SI NO INSUFICIENCIA HEPATICA SI NO APP % INSUFICIENCIA RENAL SI NO

CLEARANCE DE CREATININA ML/MIN. DIALISIS CRONICA SI NO N° SESIONES PROM/MES

FECHA DE COMIENZO DEL TRATAMIENTO:

ACTUAL: TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____

DIAGNOSTICO / TIPIFICACION - EXTENSION / ESTADIFICACION

INFORME PATOLOGICO

PATOLOGO INFORMANTE

EXAMENES PREVIOS

RAYOS X

ANALISIS CLINICOS

TOMOGRAFIA

CENTELLOGRAMA

RMN

MARCADORES
TUMORALES

OTROS

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

NEO ADJUVANCIA

ADJUVANTE

AVANZADO

LINEA

CICLOS PROGRAMADOS

DURACION CICLO

**III-TRATAMIENTO
SOLICITADO:**

MONODROGA

FORMA
FARMACEUTICADOSIS/
UNIDADCANTIDAD TOTAL
REQUERIDA

NOTA: LA MEDICACION
SOLO PODRA SER
PRESCRIPTA POR EL
MEDICO ONCOLOGO
O REFRENDADO POR EL
MISMO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA: _____

IMPORTANTE: FECHA PREVISTA PROXIMO CICLO _____