

## FICHA DE DENUNCIA O CAMBIO DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Doc: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

N ° Beneficiario: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**Estadificación:** (datos positivos) T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Examen clínico: \_\_\_\_\_

Estudios por imágenes: \_\_\_\_\_

Laboratorio: \_\_\_\_\_

Marcadores: \_\_\_\_\_

Endoscopias: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Método Diagnóstico:** Punción:  región: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Biopsia:  tipo: \_\_\_\_\_ región: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Cirugía:  tipo: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**Anatomía Patológica:** **órgano:** \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**Estadio:** I  II  III  IV  T  N  M

Localización de Metástasis: \_\_\_\_\_

### **Quimioterapia:**

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ N ° de ciclos: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ N ° de ciclos: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ N ° de ciclos: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

**Hormonoterapia:**

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Esquema: \_\_\_\_\_ dosis: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

**Radioterapia:** Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

**Tratamientos Actuales:**

Quimioterapia

Hormonoterapia

Neo  Ady  1  2  3  otras

Droga: \_\_\_\_\_ dosis (mg/m<sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ dosis (mg/m<sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ dosis (mg/m<sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ dosis (mg/m<sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_

N ° de ciclos programados \_\_\_\_\_

Fecha de inicio programada: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Médico tratante:** \_\_\_\_\_

**Matrícula N °:** \_\_\_\_\_ **Institución:** \_\_\_\_\_ **TE:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma y Sello** \_\_\_\_\_