

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Obra Social: _____ Afiliado: 800006- _____
 Dirección: Calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____
 Localidad _____ CP _____ Provincia _____
 Teléfono _____

Médico tratante:
 Nombre y Apellido: _____
 Dirección Profesional: Calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____
 Localidad _____ CP _____ Provincia _____
 Teléfono _____

Horarios y días de atención: _____
 Matrícula profesional _____ Especialista en: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico: ___ / ___ / ___ Estadio inicial: _____
 Informe anátomo patológico: _____

Estadio actual: _____
 Localización/es (Si corresponde) _____

Antecedentes oncológicos: **Si** **No** (En caso afirmativo especificar)

Peso: _____ Talla: _____ Sup. Corporal: _____

Terapias previas

Terapia/s previa/s	Si	No	Fecha	Descripción
Cirugía				
Quimioterapia				
Hormonoterapia				
Inmunoterapia				
Radioterapia				

En caso afirmativo de terapias previas completar Esquemas terapéuticos.

Esquemas terapéuticos previos

Terapia	Fecha	Esquema	Duración	Observaciones

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma y sello del Profesional: _____

Esquema terapéutico solicitado: _____

Carácter: _____

Adyuvante: _____

Neo-Adyuvante: _____

Paliativo: _____

Ciclo N°: _____

Tratamiento actual / Drogas solicitadas

Fecha: ___ / ___ / ___

Droga genérica	Mg.	Frasco amp.	Comprimidos	Dosis Mg/M2	Días	Frecuencia

Fecha último tratamiento: _____ Fecha probable próximo tratamiento: _____

Cantidad de ciclos programados: _____ Ciclos realizados: _____

Ambulatorio No Si
internación No Si

Desde el ___ / ___ / ___ Hasta el ___ / ___ / ___

Fundamentos médico por cambio de esquema terapéutico: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma y sello del profesional:

Este protocolo deber ser completado por el Profesional tratante y presentado a Auditoría Médica Swiss Medical para su evaluación y posterior envío de medicamentos contra entrega de la receta médica original.