

SOLICITUD TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Fecha de Nacimiento: _____

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. de Contacto: _____ Email: _____

Dianóstico:

Estadificación actual: EI:_____ EII:_____ EIII:_____ EIV:_____ A:_____ B:_____ C:_____ T:_____ N:_____ M:_____

Altura:_____ Peso:_____ Sup. Corporal:_____

EVALUACIÓN CLÍNICA:

Escala de Karnofsky (PS): 0:____ 1:____ 2:____ 3:____ ≥4:____

Tumor primario: NO SI

Recaída/Recidiva NO SI Fecha de diagnóstico inicial: _____

En progresión NO SI Local A distancia Fecha de aparición: _____

Estudios confirmatorios de estadio actual: Biopsia Imágenes Otros: _____

Fecha de aparición: _____

Estudios específicos realizados para: Tipificación de tumor Tipo de tratamiento solicitado

Detallar:

TERAPIAS PREVIAS:

Cirugía: NO SI Tipo: _____ Fecha: _____

Quimioterapia: NO SI Fecha: _____ Esquema de 1era. línea 2da. línea Otros

Droga/dosis y cantidad de ciclos: _____

Hormonoterapia NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Radioterapia NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Trasplante de Médula Ósea NO SI Fecha: _____ Descripción: _____

Respuesta a tratamiento anterior/motivo de interrupción:

ESQUEMAS ALTERNATIVOS:**JUSTIFICATIVO DEL TRATAMIENTO SOLICITADO:****NO POSEO NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES VINCULADO A LA PRESCRIPCIÓN ACTUAL.**

Medife se reserva el derecho de autorización de medicamentos en fase II/Off label entendiendo que los mismos aun no tienen probada calidad, eficacia y seguridad, siendo la responsabilidad exclusiva del médico tratante.

ACLARACIONES: Para poder evaluar el pedido de tratamiento, Auditoria Médica requiere que la presente Planilla se encuentre completa en su totalidad y se acompañe de copia de los informes de los estudios respaldatorios que acreditan el estado actual y confirman el diagnóstico. La falta de cualquiera de los mismos genera demoras innecesarias que atentan contra el bienestar del paciente.

Tel. de Contacto del médico: _____

Email: _____

Fecha: _____

Firma y sello del médico

PROTOCOLO DE CONSUMO MENSUAL

Este formulario debe ser completado en su totalidad con letra clara y legible, sin omitir ningún campo. Debe ser actualizado obligatoriamente en caso de modificar droga/dosis del tratamiento.

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre

DNI _____ Teléfono _____ Email _____

Edad Peso Altura (m) Talla Superficie corporal (m²)

Diagnóstico _____

Inicio del tratamiento _____

Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre

Teléfono _____ Email _____

DROGAS SOLICITADAS

Adjuntar además la prescripción en el recetario del médico solicitando las drogas por su denominación común internacional -DCI- o nombre genérico; presentación y cantidad requerida para cada ciclo.

1 INDICAR NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO.

2 DE SOLICITAR DOS O MÁS PRESENTACIONES COMERCIALES DE UNA MISMA DROGA, DETALLAR EL CONSUMO DIARIO POR CADA PRESENTACIÓN

Fecha de emisión:

Firma y sello del médico tratante.

COMPLETAR SÓLO EN CASOS DE DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS

Estadio actual de la enfermedad _____

Peformance status (ECOG) _____

Tipo: Neoadyuvancia Adyuvancia Enfermedad avanzada -> N° de línea _____

Toxicidad grado III-IV durante el ciclo anterior: SÍ NO

Si contestó Sí, describa la toxicidad y el grado según el CTC v5.0: _____

Método de evaluación del tratamiento: Marcador TAC Ecografía RMN Otro: _____
(Marque la opción que corresponda)

Fecha/s propuesta/s de evaluación del tratamiento indicado:			Fecha de evaluación: (Indique NR si aún no fue realizada)		
Respuesta al tratamiento:	Respuesta completa:	Respuesta al parcial:	Enfermedad estable:	Progresión:	No evaluable (explique):

Fecha de emisión: _____

Firma y sello del médico tratante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellido del asociado: _____

Número de DNI del asociado: _____

Diagnóstico: _____

Droga: _____

DECLARACIÓN DEL ASOCIADO:

1.- Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son: _____

Y que será realizado por el (los) doctor (es): _____

2.- Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descripto arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3.- Entiendo que, de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del asociado _____ Lugar y Fecha: _____

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descripto arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan. Nombre y Apellido del profesional/es actuante/s: _____

Firma, sello y matrícula _____ Lugar y Fecha: _____

EN CASO DE IMPOSIBILIDAD DE FIRMA DEL PACIENTE:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

TESTIGO

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

Firma de tutor legal o filiar.

Firma de testigo