

FORMULARIO DE PROTOCOLO DE APROBACIÓN DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSTICO

Nombre y apellido _____

Fecha _____

DNI _____

Droga genérica (con antieméticos)	mg/m2 o mg/mk	Días de aplicación	Cursos planeados

Firma y sello de profesional tratante
Medio de contacto: _____

Reservado para auditoría CSS

Autorizado

SÍ

NO

Justificación de la negativa:

Firma y sello de profesional auditor
Medio de contacto: _____

FORMULARIO DE PROTOCOLO DE APROBACIÓN DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSTICO

Nombre y apellido

Fecha

DNI

Completar con letra imprenta clara en tinta azul o negra

Número de afiliación		
Edad	Género:	
Peso:	Altura:	SC:
Diagnóstico:	Estadío actual:	
Histología (adjuntar fotocopia de patología)		
Resumen de Historia Clínica (mencionar datos que permitan determinar estatus del paciente como factores pronósticos y de respuesta al tratamiento)		