

FORMULARIO DE PROTOCOLO DE APROBACIÓN DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSTICO

Nombre y apellido _____

Fecha _____

DNI _____

Droga genérica (con antieméticos)	mg/m ² 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)		



Caja de Servicios Social
Provincia de Santa Cruz

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LOS AFILIADOS DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ REFERENTE A TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO**

AFILIADO:	
DIAGNOSTICO:	
INDICACION / POSOLOGIA	
MEDICAMENTO / MONODROGA	

EFFECTOS ADVERSOS:	
POSIBLES	
ESPERADOS	
INESPERADOS	

(Tildar lo que corresponda)

MONITOREOS Y CONTROLES	Aplica		FRECUENCIA
	Si	No	
1. Laboratorio de rutina.			
2. Laboratorio Específico. Detallar cuales.			
3. Serología para Hepatitis B, C y Otras			
4. Radiología de Tórax informada y PPD			
5. Niveles de Lípidos Séricos basales u otros cuales.			
6. Cuidadosa Evaluación de signos y síntomas de infecciones oportunista incluyendo TBC, Herpes, Zoster y otras			
7. Otras			
8. Observaciones:			

*He leído la información proporcionada por el profesional tratante, o me ha sido leída.
He tenido la oportunidad de preguntar sobre el tratamiento y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.
Consiento voluntariamente en lo que me ha sido recetado por el/la Dr. / Dra.
....., haciéndome responsable del uso del mismo.*

AFILIADO TITULAR O RESPONSABLE A/C

Nombre y Apellido:
Credencial N° o DNI:
Firma:
FECHA:

PROFESIONAL MEDICO SOLICITANTE

Nombre:
Matrícula:
Firma: