

Solicitud de medicamentos.

Plan Terapéutico N°	Fecha de Emisión			
---------------------------	------------------	--	--	--

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Apellido y Nombres N° de Matrícula

Especialidad Teléfono:

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres

N° de Afiliado/..... G.P. Sexo (M.1/ F.2) Edad Talla Peso

Domicilio Sup m²

DIAGNÓSTICO 1

DIAGNÓSTICO 2

Prescripción 1- Inicio Tratamiento 2- Repetición 3- Cambio de esquema

1- Toxicidad
 2- Progresión
 3- Otros

R.P.	MONODROGA	Presentación	Dosis x Día	Cant. de Días	Dosis Total	Vía
						1- Intravenosa
						2- Intramuscular
						3- Intraarterial
						4- Intracavitatoria
						5- Oral
						6- Infusión continua
						7- Otros
CANTIDAD DE CICLOS			DURACIÓN DE CICLOS			

Objetivo del Tratamiento

- 1- PALIATIVO 4- ADYUVANTE 7- MANTENIMIENTO
- 2- COADYUVANTE 5- INDUCCIÓN 8- CONSOLIDACIÓN
- 3- INCOADYUVANTE 6- REINDUCCIÓN 9- RECAIDA
- 10- OTROS