

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS POR PROVISIÓN

Resumen de Historia Clínica

Fecha:	Apellido y nombre completo:		
Diagnóstico:			
En caso de patología oncológica:			
Estadio:	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> OMS <input type="checkbox"/>
Biopsia:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha (M/A) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sitio: _____			
Informe anatomopatológico: _____			
Otros estudios de diagnósticos :			
Tipo de estudio:	Fecha (M/A)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hallazgos: _____			
Cirugías	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha (M/A) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Procedimiento: _____			
Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fechas (M/A) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cobalto <input type="checkbox"/>	Acelerador lineal <input type="checkbox"/>	Braquiterapia <input type="checkbox"/>	RDT 3D <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Medicamentos utilizados hasta el momento:			
Medicamento	Períodos de utilización (M/A)	Número de Ciclos	
Internaciones			
Causa	Fecha (M/A)		