



SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

FICHA DE DENUNCIA O CAMBIO DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Apellido y Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Doc: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ TE: _____

N ° Beneficiario: _____ E-mail: _____

Diagnóstico: _____ fecha: _____

Estadificación: (datos positivos) T _____ N _____ M _____

Examen clínico: _____

Estudios por imágenes: _____

Laboratorio: _____

Marcadores: _____

Endoscopias: _____

Otros: _____

Método Diagnóstico: Punción: región: _____ fecha: _____

Biopsia: tipo: _____ región: _____

_____ fecha: _____

Cirugía: tipo: _____ fecha: _____

Anatomía Patológica: **órgano:** _____ fecha: _____

Estadio: I II III IV T N M

Localización de Metástasis: _____



SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

Quimioterapia:

Esquema: _____ dosis: _____ N ° de ciclos: _____ fecha: _____

Esquema: _____ dosis: _____ N ° de ciclos: _____ fecha: _____

Esquema: _____ dosis: _____ N ° de ciclos: _____ fecha: _____

Otras _____

Hormonoterapia:

Esquema: _____ dosis: _____ fecha: _____

Esquema: _____ dosis: _____ fecha: _____

Esquema: _____ dosis: _____ fecha: _____

Otras: _____

Radioterapia: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Dosis: _____ Localización: _____

Tratamientos Actuales:

Quimioterapia

Hormonoterapia

Neo Ady 1 2 3 otras

Droga: _____ dosis (mg/m2)

_____ día: _____ Periodicidad _____

Droga: _____ dosis (mg/m2)

_____ día: _____ Periodicidad _____

Droga: _____ dosis (mg/m2)

_____ día: _____ Periodicidad _____

Droga: _____ dosis (mg/m2)

_____ día: _____ Periodicidad _____

N ° de ciclos programados _____

Fecha de inicio programada: _____

Observaciones: _____

Médico tratante: _____

Matrícula N °: _____ **Institución:** _____ **TE:** _____

Fecha: _____ **Firma y Sello** _____