OSDIPP

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (F.P.O.C.T.)
(Utilizar este F.P.O para pacientes que continúen con el mismo esquema terapéutico prescripto el ciclo anterior)

Apellido y Nombre:		**Edad:**	**Sexo:**	
Delegación / Localidad:		**Nro. Credencial:**		
Diagnóstico: OMS		**Ciclo Nro.:**		
Sup. Corporal:	**Perf. Clínica: ECOG/Karnofsky**			
Estadio al momento del diagnóstico:				
Estadio Actual:				

Medicamentos por DCI (Denominación Común Internacional) Presentación	**Dosis: mg/m2**	**Días**	**Cant. Requerida**	**Frecuencia**

Fecha último tratamiento:	**Fecha probable próximo tratamiento:**

_____
Firma y Sello del Médico Tratante

____/____/____
Fecha de Prescripción