



TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO

VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.1048/2014 S.S.S.)

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar, por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ponemos a su disposición nuestra página web, www.ospip.org.ar donde podrá encontrar los protocolos en uso e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

Ingreso Reingreso

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI TIPO:

DNI NRO:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

EDAD:

SEXO: F / M / O

DIAGNÓSTICO:

CÓD. CIE10:

HISTOPATOLÓGICO:

INICIO

RENOVACIÓN

CAMBIO POR TOXICIDAD

CAMBIO POR PROGRESIÓN

FECHA DE DIAGNÓSTICO ACTUAL: ___/___/___

FECHA DE TRAT. ANTERIORES: ___/___/___

CICLOS REALIZADOS:

CICLOS PROGRAMADOS:

INTERVALO DE CICLO DÍAS:

TRATAMIENTO: ADYUVANTE NEO-ADYUVANTE AVANZADO LINEA: 1º 2º 3º

BIOPSIA: SI NO | TALLA: PESO: I.M.C.: | T.A.: mm/hg | TABAQUISMO ACTIVO: SI NO

INSUFICIENCIA HEPÁTICA: SI NO | INSUFICIENCIA RENAL: SI NO | CLEARENCE DE CREATININA:

ECOG: | KARNOFSKY: | DIÁLISIS: SI NO Nº DE SESIONES:

RAYOS X: SI NO | TOMOGRAFÍA: SI NO | CENTELLOGRAMA: SI NO | RMN: SI NO

ANÁLISIS CLÍNICOS: SI NO | MARCADORES TUMORALES:

| OTROS:

NOTA: Es requisito indispensable que el médico tratante complete la DOSIS DIARIA solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.

Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

TRATAMIENTO SOLICITADO (*) OBLIGATORIO MÉDICO PRESCRIPTOR

MONODROGA*

POTENCIA*

PRESENTACIÓN*

DOSIS DIARIA*

ENVASES

MONODROGA*	POTENCIA*	PRESENTACIÓN*	DOSIS DIARIA*	ENVASES
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ejemplo de llenado de formulario medicamento

MONODROGA

Tamoxifeno

Capecitabina

POTENCIA

20 mg

150 mg

PRESENTACIÓN

comprimidos

comprimidos

DOSIS DIARIA

1 x día

4 x día

ENVASES

1 x 30

1 x 120

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE PRESCRIPCIÓN



TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.1048/2014 S.S.S.)

- **PARA SER COMPLETADO POR LA FARMACIA**

DISPENSA Y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA: COMPLETAR PERIODO DISPENSADO EN COPIA Y ORIGINAL.

1º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___	4º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___
2º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___	5º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___
3º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___	6º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___

CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO:	A COMPLETAR POR LA FARMACIA:
Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Interviniente <input type="radio"/>	Fecha de Dispensa ___/___/___
Firma:	Total \$
Aclaración:	A Cargo Af. \$
Tipo y Nº de DNI:	A Cargo O.S. \$
Domicilio:	
Teléfono:	Sello y Firma Farmacéutico

NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá acercarse a O.S.P.I.P. a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual, valido para el tratamiento de 6 (seis) meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, con fotocopia de la "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico", Documento de Identidad y Credencial de la Obra Social.
- La farmacia deberá dispensar por el periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
 - Del 1º al 5º Periodo: se realizará fotocopia de la "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - 6º Periodo: se dispensará el sexto mes de tratamiento y se retendrá la "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico" original.
- A partir del sexto periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico" semestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el semestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva "Ficha-Receta Tratamiento Oncológico", con una validez semestral.

TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL