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