

Ficha de seguimiento de tratamientos especiales N°

Fecha:

Es imprescindible para la autorización de órdenes y medicación hacer completar la siguiente ficha por el Médico Especialista tratante. La misma deberá actualizarse por cambio en el protocolo de tratamiento, cambio en la medicación o por solicitud del Auditor Médico de la OSUNL. Los trámites de autorizaciones deberán ser realizados por el Afiliado o familiar directo debidamente autorizado.

Datos del Afiliado (para ser completado por el Médico tratante)

Apellido Nombres

Documento: tipo n° Domicilio N° Piso Dto. Código Postal

Localidad Teléfono

Fecha de Nacimiento Edad Sexo Superficie Corporal

Información de la patología (para ser completado por el Médico tratante)

Diagnóstico principal Código O.M.S. Otro diagnóstico Código O.M.S. Estado de la Enfermedad

Tratamiento solicitado (para ser completado por el Médico tratante)

<input type="checkbox"/> Inicio del Tratamiento: 1ª Línea <input type="checkbox"/> 2ª Línea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Repetición	<input type="checkbox"/> Cambio de esquema: Causa: <input type="checkbox"/> Toxicidad <input type="checkbox"/> Progresión <input type="checkbox"/> Otra:	Cantidad de ciclos programados <input type="text"/>
			Duración del ciclo en días <input type="text"/>
			Frecuencia en días <input type="text"/>

R.P.	Monodrogas - Denominación Genérica	Nombre Comercial Sugerido	Cantidad de envases (en letras)	Dosis diaria (mgr.)	Días de tratamiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Datos del Sanatorio/Clinica (para ser completado por el Médico tratante)Razón Social Código de la Institución Historia Clínica Nº Domicilio Nº Piso Código Postal Localidad Teléfono **Datos del Médico Prescriptor (para ser completado por el Médico tratante)**Nombre y Apellido Especialidad Matrícula Domicilio Nº Piso Código Postal Localidad Teléfono **Informe Clínico (para ser completado por el Médico tratante)****Informe de Laboratorio (para ser completado por el Médico tratante)****Antecedentes quirúrgicos o de terapia radiante (para ser completado por el Médico tratante)****Antecedentes Farmacoterápicos (para ser completado por el Médico tratante)** Quimioterapia
 Hormonoterapia
 Otro
Especificar Drogas, dosis y tiemposFirma y Sello Médico Especialista Tratante **Autorización del Médico Auditor de la OSUNL (para ser completado por el Auditor Médico de la OSUNL)**Fecha de Aprobación Período autorizado Firma y Sello Auditor Médico de la OSUNL **Resultados del Tratamiento (para ser completado en forma conjunta por el Médico tratante y el Auditor Médico de la OSUNL una vez finalizado el tratamiento)**

<input type="checkbox"/> 1er. Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> Final	Respuestas Objetivas <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Estabilización <input type="checkbox"/> Progresión	Documentadas por: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Marcadores <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Enzimas <input type="checkbox"/> Scans	Firma y Sello del Médico tratante	Firma y Sello Auditor Médico de la OSUNL
--	---	---	-----------------------------------	--