GRUPO ROISA

PEDIDO DE MEDICACION ONCOLÓGICA
FECHA:
APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:
NÚMERO DE AFILIADO:
DNI:

DIAGNÓSTICO:
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
ESTADIFICACIÓN:
ECOG:
EDAD PESO TALLA SUP. CORPORAL

CICLO ACTUAL:
PROTOCOLO:
TRATAMIENTOS ANTERIORES:
FECHA DE APLICACIÓN:

NOMBRE GENÉRICO: POTENCIA: NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):
DOSIS DIARIA:
DOSIS MENSUAL: TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

RG82-V00

Reconquista 1016, Ciudad de Buenos Aires +54 (011) 4313-6000 info@gruporoisa.com.ar

GRUPO ROISA

NOMBRE GENÉRICO:	POTENCIA:
NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

NOMBRE GENÉRICO:	POTENCIA:
NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

NOMBRE GENÉRICO:	POTENCIA:
NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

NOMBRE GENÉRICO:	POTENCIA:
NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

GRUPO ROISA

FIRMA Y SELLO DE MEDICO ONCÓLOGO

ADJUNTAR INFORME DE BIOPSIA, INMUNOHISTOQUÍMICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS