

**PROTOCOLO DE APROBACION DE TRATAMIENTO ANTINEOPLASICO**

**DIRECCION DE OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA**

Apellido y Nombre:	
Edad:	Sexo:
Peso:	Altura:
Diagnostico:	SC:
Estado Actual:	
Histología (adjuntar fotocopia de patología):	
Resumen de Historia Clínica (No olvide mencionar datos que permitan determinar estatus del paciente, factores pronósticos y de respuesta al tratamiento):	

Otro:	
4ta línea:	
3ra línea:	
2da línea:	
1ra línea:	
Tratamientos Previos (Quimioterapia, Radioterapia u Otro)	

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_



