



IOSEP INSTITUTO DE
OBRA SOCIAL DEL
EMPLEADO PROVINCIAL

9 de Julio 359 - Santiago del Estero
Tel.: (0385) 424-2900 / www.iosep.gov.ar / info@iosep.gov.ar

N°	Datos del Afiliado	Apellido y Nombre					N° de Afiliado	Fecha Emisión/...../.....
		Sexo	Edad	Talla	Peso	CP	Teléfono	Fecha Entrega/...../.....
Calle		N°	Piso	Dpto.	C.Post.	Localidad	Provincia	

RECETARIO ONCOLÓGICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO		Diagnóstico AP.				O.M.S.	Diagnóstico (Otro)		
PRESCRIPCIÓN		1 - INICIO DE TRATAMIENTO:/...../.....		2 - REPETICIÓN N°:		3 - CAMBIO DE ESQUEMA POR			1 TOXICIDAD
									2 PROGRESIÓN
									3 OTROS
RP	MONODROGA - DENOMINACIÓN GENÉRICA	PRESENT. (en mg)	FORMA FARMACÉUTICA	CANTIDAD DE UNID. (en letras)	DOSIS A APL. P/DÍA (en mg)	CANTIDAD DE DÍAS	TOTAL DE DOSIS (en mg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	
1								1 - INTRAVENOSA 2 - INTRAMUSCULAR 3 - INTRARTERIAL 4 - INTRACAVITARIA 5 - ORAL 6 - LOCAL 7 - OTROS	
2									
3									
4									
5									
PROTOCOLO				CANT. CICLOS PROGRAMADOS		DURACIÓN CICLOS (en días)		FRECUENCIA	
OBJETIVO	<input type="checkbox"/> 1 - PALIATIVO	<input type="checkbox"/> 2 - NEO ADYUVANCIA	<input type="checkbox"/> 3 - ADYUVANCIA	<input type="checkbox"/> 4 - INDUCCIÓN	<input type="checkbox"/> 5 - REDUCCIÓN	<input type="checkbox"/> 6 - MANTENIM.	<input type="checkbox"/> 7 - CONSCUDAC	<input type="checkbox"/> 8 - RECAIDA	<input type="checkbox"/> 9 - OTROS
INSTITUCIÓN	RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO INSTITUCIÓN	CALLE			NÚMERO	CÓDIGO POSTAL	
	LOCALIDAD		PROVINCIA			DURACIÓN CICLOS (En días)	HISTORIA CLÍNICA N°		
DATOS MÉDICO SOLICITANTE	APELLIDO Y NOMBRES		ESPECIALIDAD			CÓDIGO DE PROFESIONAL	FIRMA Y SELLO MÉDICO DE CABECERA		FIRMA Y SELLO AUDITOR
			MATRÍCULA		TELÉFONO				
OBSERVACIONES									