



INSTITUTO DE OBRA SOCIAL  
DEL EMPLEADO PROVINCIAL

📍 9 de Julio 359/79  
Santiago del Estero  
☎ Tel: 385-4242900  
🌐 www.iosep.gob.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

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