



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA SIN CARGO**  
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

NOMBRE/S y APELLIDO: .....

AFILIADO N°: ..... / ..... TELÉFONO: ..... MAIL: .....

Sexo:  F  M Edad: ..... Altura: ..... Peso: ..... Sup. Corporal: .....

Diag. OMS: ..... Histopatología: ..... De fecha: .....

Estadio Inicial: ..... Estado Actual: ..... Localizaciones 2rias: .....

Métodos de Estadificación: .....

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (drogas, dosis/m<sup>2</sup>, días y frecuencia de repetición de ciclo):

.....  
.....  
.....

Cantidad de ciclos planeados: .....

Neoadyuvante  Avanzado  Adyuvante  Ciclo n°  Inicio de Protocolo

Continuación  Cambio de esquema debido a proa  Tox  Otro: .....

DROGA (Nombre Genérico)	mg/U.I.	Liof./Soluc.	Comp/Cpas	Dosis diaria mg/m <sup>2</sup>	Dosis Total (del ciclo)

Fecha de inicio del ciclo que se prescriba: ...../...../.....

N° de Prestador: ..... Firma y Sello del Oncólogo/Oncohematólogo: .....

Lugar de Atención: ..... Teléfono: .....

Autorizado por: .....

Firma y Sello Médico/a Auditor/a