

Formulario de RESUMEN de tratamiento con TRASTUZUMAB

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO ONCÓLOGO TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

RESUMEN DE TRATAMIENTO (Datos del último mes)

Última dosis de Trastuzumab: ___ ___ mg

Fecha de administración: ___/___/___

Suspende tratamiento: Si

- Causa:
- Finaliza tratamiento
 - Fallecimiento
 - Cardiotoxicidad
 - Decisión del paciente
 - No adherencia al tratamiento
 - Recaída de la enfermedad
 - Otra

RESUMEN FINAL: _____

