

## Solicitud de Medicación Oncológica



Ante el requerimiento de medicación oncológica por primera vez se deberá enviar:

- Historia clínica completa.
- Fotocopia de estudio anatomopatológico.
- FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O.). (En el caso de no ser completado correctamente no se procederá a la autorización correspondiente).
- Cantidad de ciclos programados.
- Receta suscrita por médico oncólogo.

Las órdenes de sesiones de quimioterapia deben ser enviadas a **VISITAR** para su correspondiente autorización.

En caso de ser necesaria mayor información, será requerida por auditoría médica.

**IMPORTANTE:** todos los profesionales médicos y odontólogos que brinden servicios a los Agentes del Seguro de Salud deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional.

### **FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA (F.P.O.)**

(Para ser completado por única vez por el profesional tratante)

Apellido y Nombre		Fecha de Nacimiento:	
Obra Social (N° afil.)	Altura:	Peso:	Sup. Corporal:
Diagnóstico OMS:		Performance Status:	
Procedimientos Diagnósticos para detección de tumor primario:			
Informe de Patología y estudios realizados:			
Estadío de la Enfermedad:			
Sitios de compromiso de enfermedad:			
Procedimiento Diagnóstico para estadificación:			
Tratamientos previos (tipos y fechas):			
Resumen de Historia Clínica:			
Tratamiento propuesto y esquema			

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del profesional tratante