

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

N.º de Asociado: _____ Categorización (Titular/hijo/cónyuge): _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso/talla/S.C. (Superficie corporal): _____

Diagnóstico/Estadio: _____

1. Motivo del cambio:

• Toxicidad: _____

• Intolerancia: _____

• Respuesta inadecuada (adjuntar estudios en caso afirmativo): _____

2. Tiempo de tratamiento con esquema inicial:

• Meses: _____

• Nº de ciclos: _____

3. Indicación de otra modalidad terapéutica:

• Cirugía: _____

• Radioterapia: _____

• Medicina paliativa y dolor: _____

.....

Fecha

.....

Firma y sello del profesional (oncólogo)