

| Datos del Afiliado | | | |
|---|--------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Apellido y Nombre: | | | |
| Beneficiario N°: | | Fecha de nacimiento: | |
| Apellido y Nombre del acompañante: | | | |
| Celular: () 15 - - | | Teléfono: () - | |
| Email: | | | |
| Diagnóstico (obligatorio) | | | |
| Diagnóstico (CIE 10): | | | |
| Histopatológico: | | | |
| Motivo | | | |
| Inicio <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de Toxicidad <input type="checkbox"/> Cambio por Progresión <input type="checkbox"/> | | | |
| ECOG Performance Status (0-4): | | Puntaje de Fragilidad (ver al dorso) | |
| Estadio actual: | | Línea de tratamiento: | |
| Fecha de Diagnóstico Inicial: | | Estadio Inicial: | |
| Ciclos: | | Días: | |
| Antecedentes Quirúrgicos: | | | |
| Antecedentes Terapia Radiante: | | | |
| Informe Clínico Actual: | | | |
| | | | |
| Datos positivos Laboratorio: | | | |
| Talla: | | Peso: | Sup. Corporal: |
| Tratamiento | | | |
| Tipo: Adyuvante <input type="checkbox"/> Neoadyuvante <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> | | | |
| Esquema de tratamiento solicitado | | | |
| Druga/Genérico | Presentación | Dosis | N° Ciclos/Duración (días) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Datos del Médico (obligatorio) | |
|--------------------------------|--------------------|
| Apellido y Nombre: | |
| CUIL/CUIT (Obligatorio): | Provincia: |
| Especialidad: | Matrícula: |
| Celular: () 15 - | Teléfono: () - |
| Email: | |
| | |
| Lugar y fecha: | Firma y sello |

CUESTIONARIO FRAIL PARA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Respuesta afirmativa = 1 punto

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil

COLOCAR PUNTAJE
FINAL AL FRENTE.

¿Está usted cansado?_____

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?_____

¿Es incapaz de caminar una manzana?_____

¿Tiene más de cinco enfermedades?_____

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?_____

Documentación respaldatorio a presentar en la agencia. (Debe ser informada al paciente)

A. INICIO DE TRATAMIENTO

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Anatomía Patológica (-informe de la biopsia). Inmunohistoquímica y biología molecular (sólo si fue requerida por el médico tratante)

B. RENOVACIÓN

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios (sólo si fue requerida por el médico tratante)

C. CAMBIO DE TRATAMIENTO

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Nueva Anatomía Patológica (informe de la biopsia) sólo si fue requerida por el médico tratante)