

Datos del/la Afiliado/a

1. Apellidos:

La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres:

Fecha de nacimiento

2. N° documento:

N° de beneficio:

3. Domicilio:

Número:

Piso:

Dpto:

Entrecalle 1

Entrecalle 2

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Familiar y/o Responsable

Apellidos:

Nombres:

Relación vincular:

Teléfono de contacto:

Mail:

Informe Médico (A completar por el profesional tratante)

Apellidos:

Nombres:

Teléfono de contacto:

Mail:

Diagnóstico Oncológico:

Fecha de diagnóstico:

Estadío actual / Localización:

Estado funcional de la persona (Marcar uno) Asintomática Sintomática. Deambula. Puede realizar tareas habituales Sintomática. Incapaz de trabajar. Levantada más del 50% del día. (En cama - sillón menos del 50% del día) Sintomática. En cama o en sillón más del 50% del día. Sintomática. En cama - sillón 100% del día. Puede requerir internación. Mal pronóstico a corto plazo (semanas o menos)

Tratamiento Oncoespecífico ACTUAL

SÍ NO **SÍ:**Radioterapia Quimioterapia Inmunoterapia Biológicos

¿Recibe opioides?

SÍ NO **SÍ: Detallar Formulación y dosis diaria**

Síntomas Actuales (Marque lo que corresponda)

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Delirium-Agitación | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos |
| <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Ansiedad-Depresión | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hemorragias |
| <input type="checkbox"/> Anorexia-Caquexia | <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Otros | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI úlceras o Lesiones | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |

Indicación de curación:

Otras Necesidades (Marque lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica | <input type="checkbox"/> Botón Gástrico | <input type="checkbox"/> Traqueostomía | <input type="checkbox"/> Colostomía |
| <input type="checkbox"/> Sonda Vesical / Nefrostomía | <input type="checkbox"/> Oxígeno Requirente | <input type="checkbox"/> Venoclisis / Tratamiento parenteral | |

Resumen de Historia Clínica (legible)

Información relevante para el equipo asistencial

Recursos Solicitados Marque lo que corresponda

Recurso	Frecuencia de Visitas / Elemento (Marcar según necesidad)			
Equipo básico Médica/o Enfermero/a	Módulo D1	Módulo D2	Módulo D3	
	<input type="checkbox"/> Médica/o Paliativista 1-2 veces/sem <input type="checkbox"/> Enfermería 1-3 veces/sem	<input type="checkbox"/> Médica/o 1-3 veces/sem <input type="checkbox"/> Enfermería 4-7 veces/sem	<input type="checkbox"/> Médica/o 1-3 veces/sem <input type="checkbox"/> Enfermería 2-3 veces/día	
Atención Psico Social	<input type="checkbox"/> Psicología	<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Trabajo social	
Terapia Física	<input type="checkbox"/> Kinesiología Motora	<input type="checkbox"/> Kinesiología Respiratoria	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	
Asistente Domiciliario	<input type="checkbox"/> Permanencia en domicilio 8 hs/día			
Equipamiento	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Colchón

Recurso	Frecuencia de Visitas / Elemento (Marcar según necesidad)		
Insumos Traqueostomía	<input type="radio"/> Incluye Gasas TQT no tejidas, Filtros de traqueostomía y Cánulas		
Enfermería Guardia	<input type="radio"/> 4 hs.	<input type="radio"/> 8 hs.	Debe justificar el pedido de permanencia de profesional calificado en domicilio en el Resumen de Historia Clínica
Enfermería por sesiones	<input type="radio"/> 2xd	<input type="radio"/> 3xd	Debe justificar el pedido de profesional calificado en domicilio en el Resumen de Historia Clínica
Submódulo Parenteral	<input type="radio"/> Medicamentos e insumos para control sintomático y manejo de Últimos días de Vida		
Oxigenoterapia	<input type="radio"/> Oxigenoterapia / Tubo T6 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)		
Oxigenoterapia	<input type="radio"/> Oxigenoterapia / Concentrador de oxígeno + tubo de back up		
Oxigenoterapia	<input type="radio"/> Oxigenoterapia / BPAP		

La persona y/o su entorno conocen el diagnóstico SI NO

La persona y/o su entorno conocen el pronóstico SI NO

La persona y/o su entorno aceptan ser asistidos en domicilio SI NO

La familia/entorno se compromete al cuidado SI NO

 Firma del familiar

 Fecha

 Firma y sello del profesional