



FORMA: 15-779

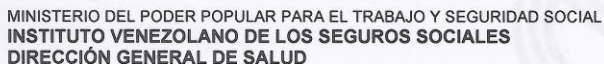
1.- FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO
23	9	2024
2.-NÚMERO DE HISTORIA		
9995160		

FICHA FARMACÉUTICA PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO

(HEMATO-ONCOLÓGICAS, REUMATOLOGÍA CLÍNICA, ASMA DE DIFÍCIL CONTROL Y HORMONA DE CRECIMIENTO)

(LLENAR CON LETRA LEGIBLE)

PARTE I: DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
3.-ESTABLECIMIENTO DE SALUD		4.-LOCALIDAD		5.-PARROQUIA		6.-MUNICIPIO		7.-ESTADO	
CONSULTA PRIVADA centro salud		SAN BERNARDINO		SAN BERNARDINO		LIBERTADOR		DISTRITO CAPITAL	
PARTE II: DATOS DEL PACIENTE									
8.-APELLIDOS Y NOMBRES		9.-CÉDULA DE IDENTIDAD		10.-FECHA DE NACIMIENTO		11.-LUGAR DE NACIMIENTO		12.-EDAD	
URIOLA JOSE		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E 9995160		DÍA 3 MES 12 AÑOS 1969		CARACAS		54 AÑOS	
13.-SEXO	14.-PESO	15.-ESTATURA	16.-SUPERFICIE CORPORAL		17.-OCUPACIÓN				
<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	58	1.72	1.66		ANALISTA				
18.-DIRECCIÓN COMPLETA DE RESIDENCIA									
URBANISMO EZEQUIEL ZAMORA CIUDAD TIUNA TORRE 39 PISO 2A.									
19.-LOCALIDAD		20.-PARROQUIA		21.-MUNICIPIO		22.-ESTADO			
FUERTE TIUNA		COCHE		LIBERTADOR		DISTRITO CAPITAL			
23.-N° DE TELÉFONO RESIDENCIAL		24.-N° DE TELÉFONO MÓVIL		25.-N° DE TELÉFONO DE FAMILIAR		26.-CORREO ELECTRÓNICO			
		0416948458							
PARTE III: DIAGNOSTICO									
27.-DIAGNOSTICO: ADC DE PROSTATA MT OSEO.									
PARTE IV: TRATAMIENTO Y ESQUEMA INDICADO									
28.-FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO			29.-N° CICLOS ESTIMADOS		30.-INTERVALO POR CICLOS		31.-TIPO DE PRESCRIPCIÓN		
DÍA	MES	AÑO	6		C/21 DIAS		INICIO	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO	REINICIO
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.-PRODUCTO FARMACÉUTICO PRINCIPIO ACTIVO			33.-PRESENTACIÓN		34.-DOSIS APLICAR (CONCENTRACIÓN POR M2/KG PESO)			35.-DÍAS DE APLICACIÓN	
ONDASENTRON			AMP 8 MG		8 MG EV			D1	
DEXAMETASONA			AMP 8 MG		8 MG EV			D1	
APREPITANT			KIT 125/80 MG		125/80 MG VO			D1-D3	
DOCETAXEL			AMP 80 MG		124 MG (75MG/M2)			D1	
RECORMON			AMP 30000 UI		30000 UI VSC			SEMANAL	
FILGRASTIM			AMP 300 MCG		300 MCG VSC			D6-10	
ZOMETA			AMP 4 MG		4 MG EV			D1	
BICALUTAMIDA			TAB 150 MG		150 MG VO			D1-28	
ZOLADEX			AMP 10.8 O 3.6		10.8 MG VSC O 3.6 MG VSC			D1 C/3 MESES O D1 C/28 DIAS	
LEUPROLIDE			AMP 11.25 MG O 3.75 MG		11.25 MG VIM O 3.75 MG VIM			D1 C/3 MESES O D1 C/28 DIAS.	
ACETATO DE MEGESTROL			SUSP		10 CC VO DIARIO			D1-28	
PARTE V: DATOS DEL MÉDICO TRATANTE									
36.-APELLIDO Y NOMBRE			37.-N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		38.-ESPECIALIDAD		39.-FIRMA Y SELLO		
JISHAR DELGADO			19889232		ONCOLOGÍA MEDICA				
40.-N° DE REGISTRO MPPS	41.-N° DE TELÉFONO MÓVIL	42.-N° DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO	43.-CORREO ELECTRÓNICO:						
112321	04124875323								



FECHA DE ELABORACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
	9	2024

9995160

HISTORIA CLÍNICA

UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

CENTRO ASISTENCIAL DE REFERENCIA: PRIVADO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: CARACAS
--	----------------------------------

APELLIDOS: URIOLA	NOMBRES: JOSE	CÉDULA DE IDENTIDAD N°: 9995160	EDAD: 54	SEXO: F M
-----------------------------	-------------------------	---	--------------------	---------------------

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:	TELÉFONO:
FUERTE TIUNA	0416948458

DIAGNÓSTICO: CA DE PROSTATA MT OSEO

PESO (Kgrs):	TALLA (m):	SUPERFICIE CORPORAL (SC m2):
58	1.72	1.66

Hb:: 11	HEMATOCRITO:	PLAQUETAS:	CONTAJE GLÓBULOS BLANCOS:		NEUTRÓFILOS:	LINFOCITOS:
POTASIO:	COLOR:	SODIO:	CALCIO:	ÚREA:	CREATININA:	TGO / TGP:

FECHA DE INICIO			NÚMERO DE CICLOS INDICADOS:	NÚMERO DE CICLOS APLICADOS:	NÚMERO DE CICLOS PENDIENTES:
DÍA	MES	AÑO	6	0	6

INTERVALO (Días): C/21 DIAS	ALERGIAS:
--------------------------------	-----------

MÉDICO TRATANTE		
MEDICAMENTOS	DOSIS	CICLOS
ONDANSETRON	8 MG EV	D1
DEXAMETASONA	8 MG EV	D1
CLOROTRIMETRON	10 MG EV	D1
OMEPRAZOL	40 MG EV	D1
APREPITANT	125/80 MG	D1-3
DOCETAXEL	124 MG EV	D1
ZOMETA	4 MG EV	D1
BICALUTAMIDA	150 MG	VO D1-28
ZOLADEX	10.8 MG O 3.6 MG	D1 C/3 MESES O D1 C/28 DIAS
LEUPROLIDE	11.25 MG O 3.75 MG	D1 C/3 MESES O D1 C/28 DIAS
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE:	Nº REGISTRO MPPS	
TELÉFONO:	FIRMA:	

COMPLEJO HEMATO-ONCOLÓGICO							
DILUCIÓN / VEHÍCULO							VÍA
NOMBRE FARMACÉUTICO:				NOMBRE ASISTENTE DE FARMACIA:			
FIRMA:				FIRMA:			
Nº DE HISTORIA COMPLEJO HEMATO-ONCOLÓGICO				¿TRATAMIENTO CUMPLIDO?			
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
OBSERVACIONES:							
POR FAVOR ASIGNAR CITA LO ANTES POSIBLE , PACIENTE EN MALAS CONDICIONES. AMERITA ADMINISTRARSE TRATAMIENTO EN CAMILLA. GRACIAS.							

ENFERMERA(O) RESPONSABLE	MÉDICO RESPONSABLE	
Por favor consignar céd. tra. Hacer.		