



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.-OCCUPACIÓN				
<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.-Nº DE TELÉFONO RESIDENCIAL		24.-Nº DE TELÉFONO MÓVIL		25.-Nº 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.-Nº CICLOS ESTIMADOS		30.-INTERVALO POR CICLOS		31.-TIPO DE PRESCRIPCIÓN		
DÍA	MES	AÑO	6	C/21 DIAS		INICIO <input checked="" type="checkbox"/>	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	REINICIO <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.-Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD			38.-ESPECIALIDAD		39.-FIRMA Y SELLITO	
JISHAR DELGADO		19889232			ONCOLOGÍA MEDICA		 Dr. Jishar Delgado 19889232 MPPS: 112321 - CMC: 2036	
40.-Nº DE REGISTRO MPPS	41.-Nº DE TELÉFONO MÓVIL	42.- N° DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO		43.-CORREO ELECTRÓNICO:				
112321	04124875323							



FECHA DE ELABORACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
9	9	2024

**HISTORIA CLÍNICA  
UNIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO**

Nº DE HISTORIA
9995160

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

**DATOS DEL PACIENTE:**

APELLIDOS: URIOLA	NOMBRES: JOSE	CÉDULA DE IDENTIDAD Nº: 9995160	EDAD: 54	SEXO: F M
----------------------	------------------	------------------------------------	-------------	--------------

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: FUERTE TIUNA	TELÉFONO: 0416948458
--	-------------------------

DIAGNÓSTICO:	CA DE PROSTATA MT OSEO
--------------	------------------------

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

**EXÁMENES DE LABORATORIO:**

Hb:: 11	HEMATOCRITO:	PLAQUETAS:	CONTAJE GLÓBULOS BLANCOS:	NEUTRÓFILOS:	LINFOCITOS:
POTASIO:	CLORO:	SODIO:	CALCIO:	ÚREA:	CREATININA:

**TRATAMIENTO:**

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

**APLICACIÓN:**

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: C.I. 9.889.322 MPPS 17221-CMC-2008	
TELÉFONO:	FIRMA:	

COMPLEJO HEMATO-ONCOLÓGICO	
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA(O) RESPONSABLE	FIRMA Y SELLO MÉDICO RESPONSABLE

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.	

Por favor organice el tratamiento.