ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Administración Central: *Bolívar 368/74 - (1066) Capital Federal*

Fecha: ...../...../.....

Apellido y Nombre: .....
Afiliado Nº: ..... Sexo: M ☐ F ☐ Edad: ..... Peso: ..... Altura: .....
S. Corp: ..... Domicilio: ..... Tel: .....
Diagnóstico:.....
Fecha de inicio del trat. Hemato-oncológico: .....
Examen anatomopatológico realizado por: .....
Protocolo oncológico Nº: ..... de fecha: .....
Tratamientos anteriores: .....
.....
.....
Estado actual – Evolución y Pronóstico: .....
.....
.....

MONODROGA (Genérica)	Dosis mgr/m2	Dosis por vez	Dosis mensual	Dosis total

Ciclos programados para este tratamiento:	Ciclo actual Nro.:
Observaciones:	

.....
Firma y sello aclaratorio
Del profesional tratante