



Fecha de solicitud: | | | | | | | | | |

Datos del centro

Nombre: _____
Ciudad: _____ PAS / Clave Proveedor AXA: _____

Datos del médico prescriptor

Nombre: _____ Apellidos: _____
Especialidad: _____ N° Colegiado: _____
Correo electrónico: _____

Datos del paciente

Tipo de documento: Tarjeta AXA Número: _____
Edad: _____
Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | | Sexo: Varón Mujer

Datos del Protocolo Clínico

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO _____

T_____ M___N ____ Estadio _____
CARCINOMA DE MAMA _____ Estado receptores hormonales: (c-Erb-B2) _____ IHQ _____ FISH _____
CARCINOMA GÁSTRICO _____ Estado receptores hormonales: (c-Erb-B2) _____ IHQ _____ FISH _____
CARCINOMA COLO-RECTAL _____ Determinación K-RAS _____
NEOPLASIA PULMÓN _____ Determinación EGFR _____
SDs. LINFOPROLIFERATIVOS _____ Determinación CD20 _____
NEOPLASIA PROSTATA _____ Grado GLEASON _____ PSA _____

Tratamientos previos:

- Tipo Cirugía _____
- Quimioterapia _____
- Radioterapia _____
- Neoadyuvante _____
- Adyuvante _____
- Enfermedad metastásica _____
1ª Línea _____
2ª Línea _____
Líneas sucesivas _____

Datos del Tratamiento Quimioterapia propuesto

Intención de tratamiento _____ (Neoadyuvante, Adyuvante o Paliativo).

Peso _____ Talla _____

Fármaco	Dosis	Vía	Periodicidad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Duración prevista del tratamiento: _____ N° Ciclos _____ Días Ciclo _____

Fármacos no citostáticos:

Antieméticos _____

Antihistaminicos _____

Corticoides _____

Otros: Bifosfanatos / Factores estimulación _____

Uso compasivo: SI NO (Para solicitar la cobertura de uso compasivo de forma **graciable** por parte de AXA, será necesario además de esta solicitud enviar una copia de la autorización para uso compasivo remitida a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (www.aemps.es)).

Firma Dr.: _____

Datos del Tratamiento Radioterapia Propuesto

Intención de tratamiento _____ (Neoadyuvante, Adyuvante o Paliativo).

Peso _____ Talla _____

Enfermedad de base (CIE-9 /CIE-10) _____

Descripción del tratamiento _____

Vía de administración _____

Número de sesiones _____

Dosis m2: _____ Dosis total: _____

Volúmenes a tratar _____

Fecha de inicio del tratamiento _____

Días de administración _____ Intervalo _____

Complejidad del tratamiento (Código a autorizar) _____

Uso compasivo: SI NO (Para solicitar la cobertura de uso compasivo de forma **graciable** por parte de AXA, será necesario además de esta solicitud enviar una copia de la autorización para uso compasivo remitida a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (www.aemps.es)).

Firma Dr.: _____