



Vigencia: 01/12/2016

Cufre 1781 – Montevideo
Teléfono: (2)1750 - Interno 130
Fax: 24027122
Email: fopremi@fepremi.com.uy

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA

FECHA ____ / ____ / ____

RADIOCIRUGÍA

RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA FRACCIONADA

Prestador: CEONSA (SALTO) COR (MONTEVIDEO)

Nombre del paciente _____

C.I. _____ Edad: _____ Peso: _____ kgs. Talla: _____ Mts.

Sexo: Femenino Masculino

OCUPACION: Activo Pasivo

Institución de Origen: _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formarán parte de una Base de Datos de uso común entre FOPREMI y las Instituciones prestadoras del servicio, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

No. de Caja Profesional: _____ Nombre: _____

Teléfono de contacto: _____ Firma: _____

Estudios diagnósticos realizados:

Indicación, solicitud o sugerencia de RCE realizada por el Oncólogo, o por el Neurocirujano tratante:

Se descartó siembra meníngea:

SI NO

Estudio: _____