



FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cufré 1773 – Montevideo  
Teléfono: 24038155 – Ints. 1130-1131  
Email: [fopremi@fopremi.com.uy](mailto:fopremi@fopremi.com.uy)

## **FORMULARIO DE SOLICITUD DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA**

RADIOCIRUGÍA

RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA FRACCIONADA

### **Prestador:**

COR

CEONSA

ONCOSUR

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: \_\_\_\_\_