

Nombre y Apellido completos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

N.º de Asociado: \_\_\_\_\_ Categorización <sup>(Titular/hijo/</sup><sub>cónyuge</sub>): \_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso/talla/S.C. <sup>(Superficie)</sup><sub>(corporal)</sub>: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Estadio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Motivo del cambio:**

- Toxicidad: \_\_\_\_\_
- Intolerancia: \_\_\_\_\_
- Respuesta inadecuada (adjuntar estudios en caso afirmativo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Tiempo de tratamiento con esquema inicial:**

- Meses: \_\_\_\_\_
- Nº de ciclos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Indicación de otra modalidad terapéutica:**

- Cirugía: \_\_\_\_\_
- Radioterapia: \_\_\_\_\_
- Medicina paliativa y dolor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
Fecha.....  
Firma y sello del profesional (oncólogo)