



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Area Sanitaria

PETICIÓN DE CONSULTA A ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA

DATOS DEL PACIENTE

URGENTE ☐ SI ☐ NO

PETICIÓN DE CONSULTA A ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA

Localización del paciente Ingresado ☐
 Ambulatorio ☐

Hospital remitente: Fecha:/...../.....

Servicio remitente: Doctor:

El proceso a tratar pertenece a uno de estos grupos:

- ☐ Cabeza y cuello
- ☐ Piel
- ☐ Mama
- ☐ Pulmón
- ☐ Digestivo
- ☐ Ginecológico
- ☐ Urológico
- ☐ SNC
- ☐ Linfoma
- ☐ Sarcoma
- ☐ Pediátrico
- ☐ Primario no filiado
- ☐ Proceso benigno

Anatomía patológica

.....

.....

.....

Estadio

Tratamiento realizado

- ☐ Cirugía Fecha/...../.....
Tipo.....
.....
- ☐ Quimioterapia neoadyuvante
☐ Quimioterapia adyuvante
☐ Quimioterapia de intensificación
Fecha de finalización de la Quimioterapia/...../.....

Radioterapia solicitada

- ☐ Radical (tto único) ☐ Concomitante con QT ☐ Preoperatoria ☐ Postoperatoria
- ☐ Asociado a QT secuencial ☐ Paliativa { Urgente ☐
Con síntomas ☐
Sin síntomas ☐

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Datos para establecer el grado de prioridad de primera visita

Tipo de tratamiento

- | | |
|---|---|
| ☐ RT radical con o sin QT | 5 |
| ☐ RT preoperatoria | 5 |
| ☐ RT postoperatoria con otro tto ... | 3 |
| ☐ RT postoperatoria sin otro tto | 2 |
| ☐ RT paliativa con síntomas | 4 |
| ☐ RT paliativa sin síntomas | 1 |

Factores evolutivos

- ☐ Sí 5
- ☐ No 3

**Plazo establecido
por protocolo**

- ☐ Sí 5
- ☐ No 3

Factores sociales

- ☐ Sí
- ☐ No (de 0 a 5)

Fecha del último tto o diagnóstico

- ☐ Más de 1 mes 5
- ☐ Menos de 1 mes 3

DECISIÓN DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA*

- ☐ Citación urgente Fecha de recepción/...../.....
- ☐ Citación preferente Fecha de citación...../...../.....
- ☐ Cuando proceda por lista

(*) > 20: urgente; 15 – 20: preferente; < 15: cuando proceda por lista