

Nombre y Apellido: _____

Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Beneficiario N°: _____

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio del tratamiento.

Requerimiento transfuncional

 NO SI Cantidad de unidades y frecuencia: _____

Dializa

 NO SI Peso: _____ kg

PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

Droga	Dosis	Droga	Dosis

ERITROPOYETINA SOLICITADA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Tipo de EPO	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

OTROS MEDICAMENTOS SOLICITADOS POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

LABORATORIO (ANEXAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)

	Tres resultados previos			Actual
	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /
Hematocrito	%	%	%	%
Hemoglobina	gr %	gr %	gr %	gr %

Actual			
Rto. GR _____	Hto. _____	Vol. Corp. Med _____	Reticulocitos _____
Hemoglobina _____	Ferremia. _____	* Ferritina _____	* % Sat. Transf. _____
Clearance de Creatinina (solo en IRC) _____			

* Una vez alcanzado el nivel deseado de Hb, el porcentaje de saturación de transferrina y la ferritina deberán medirse cada 3 y 6 meses respectivamente.

LUGAR _____

Tel: _____

Fax: _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____

Mail: _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.