

RENOVACION

INMUNOSUPRESORES PARA TRANSPLANTES

Nombre y Apellido	Fecha Nac. / /
Beneficiario N°	Expediente N°
Centro de Tx	

DATOS CLINICOS

Peso.....TA.....Edema.....Otros.....

EVOLUCION POST TX (se deben remitir datos actualizados cada 3 meses)

Función injerto:	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Rechazos:	AG <input type="checkbox"/>	CR <input type="checkbox"/>	Deterioro FG <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>			Biopsia: Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones.....			
.....			

ULTIMAS DETERMINACIONES DE LABORATORIO (adjuntar protocolos firmados por el bioquímico)

Hto.	Fecha	Valor	Dosaje FK	Fecha	Valor
Rto. GB			Dosaje everol.		
Uremia			Dosaje srl.		
Creatininemia			Dosaje CyA		
Cl. creatinina					

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad envases/ mes

Todo cambio de tratamiento (drogas o dosis diarias) debe justificarse y documentarse con los estudios complementarios pertinentes.

Adjuntar receta oficial PAMI.

Lugar y fecha	Firma y sello del médico especialista	Tel.	
		Fax	
		Mail	

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