

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Descripción cuadro clínico: _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LOS INFORMES FIRMADA POR BIOQUÍMICO)

Estudio	Fecha	Resultado	Estudio	Fecha	Resultado
HBsAg			ALT		
HBeAg			AST		
Anti HBe			Bilirrubina		
Anti HBc			Plaquetas		
DNA HBV			Tiempo protomb.		
Anti HAV			Albúmina		
Anti HCV			Biopsia hepática*		
Anti HDV			Genotipo		
Serología HIV			FAL		

* En caso de B24 CIE 10, codificar acorde OMS. * Biopsia hepática: no obligatoria

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

* Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

LUGAR

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.