

Formulario ⁽⁹⁾: FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:								
Hemofilia	A	congénita	severidad	leve	Enf de Von Willebrand	Req. transfusional		
	B	adquirida		moderada	Peso	kg	Unid.	
				severa	Talla	cm	Fecha	

DESCRIPCIÓN DEL ÚLTIMO EVENTO HEMORRÁGICO					
Gravedad, si requirió internación, cantidad y tipo de factor empleado, presencia de inhibidores, evolución. Adjuntar registro de aplicaciones domiciliario o institucional debidamente firmado.					
Tratamiento domiciliario	SI	NO	Tratamiento Institucional	SÍ	NO

ÚLTIMO EVENTO HEMORRÁGICO					
Localización	Localización	Localización	Localización	Localización	Localización
Hemartrosis	Hematuria	Tej. blandos	Traum. cráneo	Intraabd.	Cirug.>
Muscular	Oral	Lacer. superf.	Vía aérea sup.	Oftálmica	Cirug.<
Psoas-ilíaco	Epistaxis	Lacer. prof.	Gastrointest.	Odontol.	Otras

TIPO DE TRATAMIENTO					
Profilaxis 1°	Profilaxis 2°	A demanda	Alternativa		

FACTOR ANTIHEMOFÍLICO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN			
Tipo de factor	Presentación	Cant. Unidades / aplicación	Frecuencia de aplicaciones

CÁLCULO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO	

LABORATORIO (anexar protocolos firmados por bioquímico)					
Determinación	Fecha / /	Valor hallado	Determinación	Fecha / /	Valor hallado
Quick			% factor VIII circ		
KPTT			% factor IX circ.		
TTPA			% factor VII		
Rto. plaquetas			Inhibidor		

Lugar y Fecha	Firma y Sello del Hematólogo	Tel
		Fax
		Mail

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