

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico CIE 10 \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Peso: \_\_\_\_\_ kg      Talla: \_\_\_\_\_ cm  
Descripción sintomatológica actual. Comorbilidades. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sospecha clínica de patología hematológica primaria (marcar estudio realizado y adjuntar protocolo)

Test de hemólisis     Sangre oculta     P.M.O./B.M.O.     Parasitosis     Otros (detallar) \_\_\_\_\_

Requerimiento transfuncional

NO     SI    Cantidad de unidades y frecuencia: \_\_\_\_\_

Dializa

NO     SI

### TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

### 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. \_\_\_\_\_  
EPO Endógena (excepto en IRC) \_\_\_\_\_    Clearance de Creatinina (solo en IRC) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.