Formulario (11)

ERITROPOYETINA
RENOVACIÓN

PAMI INSSJP

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

Beneficiario Nº: _____

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. _____
Clearence 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

_____
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.