

### Formulario (18): ENFERMEDAD FIBROQUISTICA

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA		
Fecha de inicio de la enfermedad	/	/
Forma clínica:		
Síntomas de comienzo:		
Examen físico actual:		
Puntaje escala de Kurtzke (EDSS)		

Exámenes complementarios (marcar los realizados y adjuntar informes)			
Test del Sudor		Espirometria	
Rx tórax		Microbiología del Esputo	
Rx senos paranasales		Diferencia de potencial nasal	
Búsqueda de CFTR por PCR			

Tratamientos farmacológicos previos			
Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
Fármaco solicitado por vía de excepción			
Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

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 demoras