

Formulario (20): TRATAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Nombre y Ap)																		
Beneficiario N	Fecha Nac. / /																			
Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción																				
RESUMEN DE	RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha comienzo de la enfermedad / /																				
Cuadro clínico:																				
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS																				
Droga Dosis				Т	iemp		Resultados						sis		Tiempo			Resultados		
Broga	3- 2000		Tiempo		resultade		-	Drogu			D0313		_	110111	po	- ' '	- Roodinadoo			
FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *																				
Dr	oga			Presentación						Dosis					Cantidad envases/ mes					
יוט	oya			-	Presentation					D0:			313			Cantidad envases/ i			CS/ 11	162
* 14	OÍ /	NO	۸																	
* Monodroga SÍ / NO Asociada con:																				
Duración esti	mada	a de	I trata	amie	nto:															
					Peso actual					Peso hace 3 meses						Peso habitual				
DATOS ANTROPOMÉTRICOS				Edad						Sexo					Talla					
				IMC						Circunf. cintura										
				IMC C					Circunt. cintura											
PARÁMETRO	<u> </u>	SÍ	NO	MARCAE					ROLLE	R O LLENAR SEGÚN CORRESPO					ΝΠΔ					
H.T.A.		Oi	140	Leve					Moderada Grave											
Dislipemia					Hipercolesterolemia Hipertriglice									licerio						
Tabaquismo				Cant. Cigarrillos/ día																
Sedentarismo			Actividad física Sí					No		ec./semana					Tiempo/ día					
Obesidad				Grad	do 1 Gra		Grado 2					Adh	Adherencia a la die			_			No	
DBT				Tipo	1		Tipo 2		Insul	inorreq	Sí		No	Au	tomo	nitoreo	Sí		No	
Enf coronaria				1	ACV			1	1/2	cculonat	ía no	rifári	62					nor	ifórica	
Enf. coronaria Nefropatía					Pie diabético					/asculopatía periférica Retinopatía				N	leuro	europatía periférica autonómi				
Endocrinopatías				Hipertiroidismo						Hipotiroidismo				0	Otras endocrin.					
•																				
								LA	BOR	ATORIC)									
2 últimas dete										Fecha			\	Valor Fe			cha Valor			r
(adjuntar prot	ocolos	firm	ados p	or el	bioquír	nico)			T ecna va			4101		1 00	u	Valor			
Glucemia Urea																				
Creatinina										1										
Triglicéridos																				
Colesterol tot	al																			
HDL																				
LDL																				
TGO													-							
TGP CPK										+										
Clearence de	creati	nina	(DRT)							+										
Microalbumin										+										
HB A1C (DB			,							1										
,										•					el			•		
Lugar v fecha Firma v sello médico especialista Mail																				
Lugar v fecha	1						Firma	a v se	ello m	redico es	specia	alista		N	/lail					

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