

Formulario (21): TRATAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

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

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción:

ACTUALIZACION 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 de tratamiento.

Datos antropométricos actuales	Peso actual	<input type="text"/> Kg.	Peso hace 3 meses	<input type="text"/> Kg.	Peso habitual	<input type="text"/> Kg.
	Edad	<input type="text"/> años	IMC	<input type="text"/>	Circunf. cintura	<input type="text"/> cm.

LABORATORIO 2 últimas determinaciones (adjuntar protocolos firmados por bioquímico)				
	Fecha	Valor	Fecha	Valor
Glucemia				
Triglicéridos				
Colesterol total				
HDL				
LDL				
TGO				
TGP				
CPK				
HB A1C (en DBT)				

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *			
Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases/ mes

* Monodroga SÍ / NO Asociada con:

Duración estimada del tratamiento:

Lugar y fecha	Firma y sello del médico especialista	Tel.	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
		Mail	<input type="text"/>

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