

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

Beneficiario N°: _____

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

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 de tratamiento.

TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE ACTUALMENTE

Droga	Dosis	Droga	Dosis

Tratamientos no farmacológicos actuales: NO SI

Detallar: _____

Estudios complementarios realizados a posteriores a la última autorización (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases x mes

* Monodroga SI / NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

Score actual: _____

LUGAR _____

Tel: _____

Fax: _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____

Mail: _____