

**Formulario <sup>(31)</sup>: SEVELAMER/ PARICALCITOL**

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /
Centro de diálisis	
Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción.	

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Fecha inicio de enfermedad	/ /	Fecha inicio del tratamiento	/ /
----------------------------	-----	------------------------------	-----

Descripción cuadro clínico:

Dializa	NO	SÍ	Desde	/ /	Frecuencia	semana
	Modalidad		HD	Acceso vascular	tipo funcionamiento	
	Concentración Ca en el baño		DPCA	meq/l	Kt/V	Otros
Transplantado	NO	SÍ	Fecha	/ /	Resistencia a EPO	SÍ NO
Paratiroidectom.	NO	SÍ	Fecha	/ /		

**TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS**

Droga	Dosis	Tiempo	Efectos	Droga	Dosis	Tiempo	Efectos

**FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases/ mes

3 Últimas determinaciones de laboratorio (adjuntar protocolos firmados por bioquímico)

Fecha			
Fósforo (mg/dl)			
Ca (mg/dl)			
Albúmina (g%)			
P x Ca			
FAL			
PTH (pg/ml)			

**Estudios complementarios (adjuntar informes)**

Estudio	Fecha	Resultado
Ecocardiograma		
Rx.		
Eco/Centello Parat.		
Otros		

Dieta: breve resumen detallado y grado de cumplimiento firmado por nutricionista

Proteínas (gr/Kg/día)	Fósforo (mg/día)	Peso (Kg)	Talla (cm)
-----------------------	------------------	-----------	------------

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 demora