

RENOVACION

Formulario (32) : SEVELAMER / PARICALCIT

Nombre y Apellido)														
Beneficiario N° Fecha Nac. / /															
Centro de diálisis															
Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción															
3															
ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA															
Descripción cuadr				11107	•										
Boodinpoion oddan	0 01111100	•													
NO			SÍ	D	esde	1		/ Fred				ncia		semana	
				ID		Acce	eso	tipo							
Dializa	Mod	lalidad		CA		vasc		funcionamiento							
2.626	Concer	ntració			l baño		meq/l	Kt/V		Otros					
	0011001	madio			Dano										
Transplantado NO			SÍ Fecha			1		1 1		<u> </u>			SÍ		
Paratiroidectom.	NO SÍ						1			Resistencia a		EPO	NO		
- aratiroracotorii.	1.10						s QUI	E RECIBE A LA FECHA			IA		1.10		
Droga			Dosis				<u> </u>	Droga		1 20111		Dosis			
Broga			D0313					Broga				Dosio			
			FÁR	MAC	0.501.0	CITADO	POR	VÍA DE EX	CFP	CIÓN					
Droga			FÁRMACO SOLICITAI Presentación					Dos		01011	С	Cantidad de envases/ mes			
Broga			1 TOOGHTAOIGH					2000			Caritida		<u>aa ao onvacco, mee</u>		
3	Ílltimas	determ	ninac	iones	de labo	ratorio (adiunt	ar protocol	os firr	mados	nor hi	oguím	nico)		
Fecha		iiiiac	101103	de labo	ratorio (aujunt	ai protocoi	03 1111	Hados	, por br	oquiii	1100)			
Fósforo (mg/dl)															
Ca (mg/dl)															
Albúmina (g%)															
P x Ca															
FAL															
PTH (pg/ml)															
FTTT (pg/IIII)															
				Ectud	ine com	olement.	arios (adjuntar inf	forma	c)					
Estudio		Fech			Resulta		anos (aujuntai iiii	UIIIIE	3)					
			-ecna Resulta												
Ecocardiograma															
Rx. Eco/Centello Parat.															
Otros															
Diata, brava rasun		ا مام ا		ماممام	مرا ممريم	nianta fi	a al a		:-4-						
Dieta: breve resun	nen deta	iliado y	/ gra	ao ae	cumpiin	niento fi	rmado	por nutrici	onista	1					
Proteinas (gr/Kg/día)			Fósforo (mg/d			lía)		Peso (ł		< g)		Talla (cm)			
						114)						Talla (OIII)			
Lugar y I	Fecha				Ęi,	ma v se	ام طما	médico es	necia		Tel.				
					1.11	ma y se	iio uei	medico es	ppecia	iiista	Fax				

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

Mail