pami INSSJP

RENOVACION

Formulario (32) : SEVELAMER / PARICALCITOL

Nombre y Apellido												
Beneficiario Nº							Fecha Nac. / /					
Centro de diálisis												
Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción												
ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA												
Descripción cuadro clínico:												
Dializa	NO		SÍ		Desde / /				Frecuencia		semana	
	Modalidad	HD		Acceso vascular	tipo							
		DPCA			funcionamiento							
	Concentración Ca en el baño			meq/l	Kt/V		Otros					
Transplantado	NO		SÍ		Fecha / /		Resistencia a EPO	SÍ				
Paratiroidectom.	NO		SÍ		Fecha / /			NO				

TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE A LA FECHA

Droga	Dosis	Droga	Dosis

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							
Proteinas (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