

Formulario ⁽⁵⁾: INMUNOSUPRESORES PARA TRANSPLANTADO

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /
Centro de Tx	

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Tx / /	Vivo <input type="checkbox"/>	Cadavérico <input type="checkbox"/>
Órgano.....		
Peso..... TA..... Edema..... Otros.....		
Antecedentes clínicos.....		
.....		

EVOLUCION POST TX

Evolución post Tx inmediata:	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Complicaciones inmediatas:	Rech. Ag. <input type="checkbox"/>	Infección <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
Internación desde / /	hasta / /		

Adjuntar fotocopia del protocolo quirúrgico

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO (consignar drogas y dosis en mg/día)

Inducción.....
.....
.....
Evolución.....
.....
.....
Mantenimiento.....
.....
.....

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad envases/ mes

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

