

- Nombre y Apellido: _____
- Beneficiario N°: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____
- 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 del 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. DE ENVASES / MES

- * Monoterapia: SI NO Asociada con: _____

- Duración estimada del tratamiento: _____

- Score actual: _____

Lugar y Fecha	Firma y sello del médico especialista
---------------	---------------------------------------

- Tel. _____
- Fax _____
- Mail _____