

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____
Beneficiario N°: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico CIE 10 _____
Fecha de inicio de la enfermedad ____ / ____ / ____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm
Descripción sintomatológica actual. Comorbilidades. _____

Sospecha clínica de patología hematológica primaria (marcar estudio realizado y adjuntar protocolo)

Test de hemólisis Sangre oculta P.M.O./B.M.O. Parasitosis Otros (detallar) _____

Requerimiento transfuncional

NO SI Cantidad de unidades y frecuencia: _____

Dializa

NO SI

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Druga	Dosis	Tiempo	Resultados

ERITROPOYETINA SOLICITADA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Tipo de EPO	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

OTROS MEDICAMENTOS SOLICITADOS POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Druga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

LABORATORIO (ANEXAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)

	Tres resultados previos			Actual
	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /
Hematocrito	%	%	%	%
Hemoglobina	gr %	gr %	gr %	gr %

Actual

Rto. GR _____ Hto. _____ Vol. Corp. Med _____ Reticulocitos _____
Hemoglobina _____ Ferremia. _____ Ferritina _____ % Sat. Transf. _____
EPO Endógena (excepto en IRC) _____ Clearance de Creatinina (solo en IRC) _____

LUGAR

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.