

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Forma clínica: \_\_\_\_\_

Síntomas del comienzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen físico actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puntaje de escala de Kurtzke (EDSS): \_\_\_\_\_

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (MARCAR LOS REALIZADOS Y ADJUNTAR INFORMES)

 Test del Sudor Espirometría Rx tórax Microbiología del Esputo Rx senos paranasales Diferencia de potencial nasal Búsqueda de CFTR por PCR

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

--	--	--	--

## FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

--	--	--	--

LUGAR \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_