

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

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción  
\_\_\_\_\_

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

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

Descripción cuadro clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LOS INFORMES FIRMADA POR BIOQUÍMICO)

Estudio	Fecha	Resultado	Estudio	Fecha	Resultado
HBsAg			ALT		
HBeAg			AST		
Anti HBe			Bilirrubina		
Anti HBc			Plaquetas		
DNA HBV			Tiempo protomb.		
Anti HAV			Albúmina		
Anti HCV			Biopsia hepática*		
Anti HDV			Genotipo		
Serología HIV			FAL		

\* En caso de B24 CIE 10, codificar acorde OMS. \* Biopsia hepática: no obligatoria

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

## FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \*

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

\* Monodroga:  SI  NO Asociada con: \_\_\_\_\_

Duración estimada del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.