

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. _____ / _____ / _____

Beneficiario N°: _____

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

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción. Ante presencia de efectos adversos, describir y documentar con el laboratorio pertinente.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (CADA 6 MESES)

Estudio	Fecha	Resultado	Estudio	Fecha	Resultado
ALT			HBsAg		
AST			HBeAg		
Tiempo protromb.			Anti HBe		
Plaquetas			Anti HBsAg		
Otros (detallar)			DNA HBV		

Adjuntar fotocopia de los informes firmados por el bioquímico.

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

* Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

LUGAR

Tel: _____

Fax: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: _____