

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

Beneficiario N°: _____

Centro de diálisis: _____

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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____ Fecha de inicio del tratamiento: ____ / ____ / ____

Descripción cuadro clínico: _____

Dializa: NO SI Desde: ____ / ____ / ____ Frecuencia: _____ semana: _____Modalidad: HD DPCA

Acceso vascular: Tipo: _____ Funcionamiento: _____

Concentración Ca en el baño: meq/l: _____ Kt/V: _____ Otros: _____

Transplantado: NO SI Fecha: ____ / ____ / ____ Resistencia a EPO: SI NOParatiroidectom.: NO SI Fecha: ____ / ____ / ____**TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS**

Druga	Dosis	Tiempo	Efectos	Druga	Dosis	Tiempo	Efectos

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Druga	Presentación	Dosis	Cantidad envases / mes

3 ÚLTIMAS DETERMINACIONES DE LABORATORIO (ADJUNTAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)

Fecha	_____	_____	_____
Fósforo (mg/dl)	_____	_____	_____
Ca (mg/dl)	_____	_____	_____
Albúmina (g%)	_____	_____	_____
P x Ca	_____	_____	_____
FAL	_____	_____	_____
PTH (pg/ml)	_____	_____	_____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR INFORMES)

Estudio	Fecha	Resultado
Ecocardiograma		
Rx.		
Eco/Centello Parat.		
Otros...		

Dieta: breve resumen detallado y grado de cumplimiento firmado por nutricionista.

Proteínas (gr/kg/día): _____ Fósforo (mg/día): _____ Peso (kg): _____ Talla (cm): _____

LUGAR _____

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.