

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

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Fecha Tx: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Órgano: \_\_\_\_\_  Donante Vivo  Donante CadavéricoRechazo:  SI  NO Tipo:  Agudo  Crónico Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Peso: \_\_\_\_\_ kg. Serología Epstein Barr:  Positivo (adjunte protocolo)  Negativo

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

---



---



---



---



---



---

Adjuntar fotocopia del protocolo quirúrgico y certificado de implante.

### DOSAJE EN SANGRE (ADJUNTAR PROTOCOLO LABORATORIO)

Droga: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO

Droga	Dosis / Día	Tiempo	Resultados

### DROGA SOLICITADA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Dosis / Día	Presentación	Posología

LUGAR \_\_\_\_\_

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

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.