

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

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hemofilia:  1. Congénita  2. Adquirida  Otro diagnóstico: \_\_\_\_\_Severidad:  Leve  Moderada  Severa

Enf. de von Willebrand \_\_\_\_\_ Req. Transf. y tipo \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Unid.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN DEL ÚLTIMO EVENTO HEMORRÁGICO

Localización, gravedad, si requirió internación, evolución, estrategia terapéutica (detalle, tipo de factor, UI /kg)

---



---



---

inhibidor circulante:  NO  SI \* \* Último título UB/MI \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Tratamiento domiciliario:  SI  NOinhibidor institucional:  SI  NO

Adjuntar planilla de registro disponible en la intranet debidamente firmada.

## TIPO DE TRATAMIENTO

 Profilaxis  A demanda o evento  Inmunotolerancia

## FACTOR ANTIHEMOFÍLICO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Tipo de factor	Presentación	Unidades / dosis	Intervalo interdosis
<input type="checkbox"/> Plasmático <input type="checkbox"/> Recombinante			
<input type="checkbox"/> Plasmático <input type="checkbox"/> Recombinante			
<input type="checkbox"/> Plasmático <input type="checkbox"/> Recombinante			
<input type="checkbox"/> Plasmático <input type="checkbox"/> Recombinante			

## LABORATORIO (ANEXAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)

Determinación	Fecha	Valor hallado	Determinación	Fecha	Valor hallado
Quick			% factor VIII circ.		
KPTT			% factor IX circ.		
TTPA			% factor VII		
Rto. Plaquetas			Inhibidor		

\_\_\_\_\_  
LUGAR\_\_\_\_\_  
FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO HEMATÓLOGO

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

Fax: \_\_\_\_\_

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

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

Institución asistencial: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido af.: \_\_\_\_\_

Tipo Factor: \_\_\_\_\_

Lugar de aplicación:  domiciliaria  institucional

Fecha aplic.	Dosis / UI	Sticker producto	Aplica: firma	Firma enfermería	Firma paciente
--------------	------------	------------------	---------------	------------------	----------------

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

---

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO HEMATÓLOGO