

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, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio del tratamiento.

---



---



---



---



---

### TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE ACTUALMENTE

Droga	Dosis	Droga	Dosis

Tratamientos no farmacológicos actuales: NO  SI  Detallar: \_\_\_\_\_

Estudios complementarios realizados a posteriores a la última autorización (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

---



---



---

### FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \*

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

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

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

Score actual: \_\_\_\_\_

LUGAR

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

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