



Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del uso medicinal de la planta de cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales

Solicitud de Inscripción al Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis (REPROCANN)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

Dirección Nacional de
Medicamentos y
Tecnología Sanitaria



Ministerio de Salud
Argentina

A completar por la persona interesada

Datos de la persona que requiere la inscripción al registro

Apellido y nombre _____
Tipo y n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio constituido _____
Localidad _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social _____

Datos del Padre / Madre / Tutor/a o Encargado/a

(Completar en caso de paciente menor de edad o persona no autónoma)

Apellido y nombre _____ Tipo y n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Vínculo con la persona que requiere la inscripción _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social _____
¿Desea integrar el REGISTRO DE FAMILIARES? ☐ Si ☐ No

A completar por el/la profesional

Datos del/la profesional

Apellido y nombre José Oscar Montamat Tipo y n° doc. DNI 8.007.039
Matrícula profesional MN 54955 Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular 3825607580
Correo electrónico (opcional) E.MONTAMAT@GMAIL.COM
Resumen de Historia Clínica 37 años, monotributista. Refiere dolor de muñecas. Dolor de cuello. Dolor de rodilla derecha. Acidez estomacal. Ansiedad e insomnio. Bruxismo ocasionalmente. Vaporiza cannabis o usa aceite medicinal de CBD no homologado diariamente con buena respuesta de alivio sintomático. No considero necesario interconsulta con psiquiatría.

Antecedentes Personales

- 1) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, arritmias o angor en actividad? ☒ No ☐ Si
2) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, antecedentes de algún padecimiento en salud mental? ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? ☒ No ☐ Si

En caso de Si, especificar _____

- 3) ¿El/la paciente refiere antecedentes de alergia a algún componente de la planta? ☒ No ☐ Si
4) ¿El/la paciente refiere embarazo en curso o lactancia? ☒ No ☐ Si
5) ¿El/la refiere manejar maquinarias de alta precisión? ☒ No ☐ Si

Diagnóstico Artralgia de muñecas bilateral. Artralgia de rodilla derecha. Cervicalgia. Gastritis. Ansiedad y trastorno del sueño. Bruxismo. Diagnóstico prioritario: Cervicalgia. Artralgia de muñecas bilateral.

Justificación del cambio de esquema, tratamiento y producto indicado
aceite medicinal homologado de cannabis CBD 90% 2 gotas, sublingual, durante la noche. Aconsejo actividad física de bajo impacto. Se justifica pase a aceite medicinal homologado para protección de la vía aérea y tratamiento del dolor y contracturas.


José Montamat

Firma y Aclaración del/la Profesional

La Rioja 26/09/24

Lugar y Fecha

JOSÉ MONTAMAT
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
M.N. 54955 M.P. 3880

Sello

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, y/o madre/padre, tutor/a o encargado/a

Lugar y Fecha