

HISTORIA CLINICA PARA SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE ALTO COSTO

Res. 1048/14 SSS

Lugar.....Fecha/...../201.....
Institución.....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres.....
Edad..... Sexo..... Fecha de nacimiento/...../..... N° de Beneficiario:-...../.....
DNI./CI:..... Teléfono:
Domicilio..... Ciudad..... Provincia:

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

.....
Anatomía Patológica Nro. Protocolo: Fecha:
OMS: Fecha diagnóstico:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL

(detallar estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades)

.....
.....
.....
.....
..... Est
adio actual: P. S. Ecog (0-5) :
Localizaciones (si corresponde):

TERAPIA/S PREVIA/S

Cirugía: (fecha y descripción) :

.....

Quimioterapia (fechas y esquemas)

.....

.....

.....

.....

Hormonoterapia / Inmunoterapia (fechas y esquemas)

.....

.....

Radioterapia (fechas, dosis y campos)

.....

.....

FUNDAMENTOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA ACTUAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO

(completo: detallando droga, dosis diaria y ciclos)

Peso Kg Altura Cm Superfície corporal m²

Cantidad de ciclos programados: Frecuencia:

Droga

Dosis diaria

Cantidad días tto.**Dosis total x ciclo**Carácter: Adyuvante ☐

Neoadyuvante	
--------------	--

Paliativo	
-----------	--

Fecha último ciclo realizado:

Fecha próximo tratamiento:

DROGA A SUMINISTRAR EN CADA PERÍODO DE TRATAMIENTO

Monodroga en su nombre genérico con especificación de miligramos.....

Droga: Presentación: Cantidad:

Droga: Presentación: Cantidad:

Droga: Presentación: Cantidad:

Droga: Presentación: Cantidad:

Acompañar formulario con receta original

NOTA IMPORTANTE Cada 3 meses enviar datos de evolución y respuesta al tratamiento

OBSERVACIONES:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre..... Especialidad:

Teléfono laboral..... días y horas de atención.....

Teléfono Movil.....

Firma y Sello.....

IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN: Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta