GALENO

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA MEDICACIÓN DE HEMOFILIA

DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS Y NOMBRES: ..... Nº DE ASOCIADO: .....

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: ..... EDAD: .....

PESO: ..... TALLA: .....

FECHA DE DIAGNOSTICO: ..... FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: .....

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA .....

.....

.....

.....

INDIQUE TRATAMIENTO ACTUAL:

I-Inicio: ☐ II-Continuidad: ☐ III-Cambio de Esquema: ☐ IV-discontinuidad: ☐

MONODROGA GENERICA	DOSIS UNITARIA	POSOLOGIA DIARIA	INTERVALO DE TRATAMIENTOS (DIAS Y MESES)

PATOLOGÍAS

Tipo y Severidad de Hemofilia: .....

Sangrado articular en los últimos 6 meses: .....

Sangrado extrarticular en los últimos 6 meses: .....

Valor de inhibidor de factor: .....

Tipo de tratamiento:

PROFILAXIS ☐

DEMANDA ☐

PROFILAXIS INTERMITENTE ☐

INMUNOTOLERANCIA ☐

OTRO, ESPECIFICAR: ☐

Peso, Talla y Dosis:

PESO (KG): ..... Fecha: .....

TALLA (CM): ..... Fecha: .....

DOSIS (UI/KG): ..... Fecha: .....

DOSIS TOTAL: ..... Fecha: .....

Completar solo en el caso de INMUNOTOLERANCIA

Edad de inicio de tratamiento:.....

Valor mas alto de inhibidor previo al tratamiento: ..... Titulo: ..... UB/ml ..... Fecha: .....

Pico historico de inhibidor: ..... Titulo: ..... UB/ml ..... Fecha: .....

Protocolo a realizar:

Dosis Bajas 50UI: ☐ Dosis intermedias 100UI: ☐ Dosis altas 200UI: ☐ Otro, especificar: .....

....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE N° Matrícula: * FECHA

F2475

Sr. Profesional:Esta solicitud debe presentarse en Galeno al inicio del tratamiento, en la revaluación y ante un cambio de dosis o medicación. Recuerde revaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo según corresponda a la patología del paciente. GALENO ARGENTINA S.A - Planilla para la autorización de medicamentos especiales I 1