



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:
NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:

FECHA DE DIAGNÓSTICO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

.....

.....

CLASE DE MUTACIÓN (2,3,4,5,6, NA):

ESTADO ACTUAL

.....

.....

PESO: TALLA: VEF1: CVF:

.....

.....

TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

TRATAMIENTO INDICADO:

DROGA/S: FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos):

.....

.....

DOSIS DIARIA: DOSIS MENSUAL:

MÓDULO INDICADO:

TRATAMIENTO QUE INCLUYE TERAPIAS MODULADORAS DEL CFTR

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO CONVENCIONAL DE LA FQ.

OBSERVACIONES:

.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Test de sudor.
- Estudio molecular con mutaciones del CFTR.
- Diferencia del potencial nasal transepitelial (en caso de corresponder).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°:.....

Fecha: / /