



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

## Resumen de Historia Clínica ENFERMEDAD DE GAUCHER

### DATOS DEL AFILIADO

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

### DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO: .....  
FECHA DE DIAGNÓSTICO: ..... TIEMPO DE EVOLUCIÓN: .....  
SUBTIPO DE ENFERMEDAD DE GAUCHER: .....  
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: .....

### ESTADO ACTUAL

HEPATOESPLENOMEGALIA: ..... HIPERESPLENISMO: .....  
CRISIS ÓSEAS: ..... COMPROMISO NEUROLÓGICO: .....

### TRATAMIENTOS PREVIOS

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

### TRATAMIENTO INDICADO:

DROGA/S: .....  
FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): .....  
FRECUENCIA DE APLICACIÓN: ..... DOSIS DIARIA: ..... DOSIS MENSUAL: .....  
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: .....  
TIPO DE TRATAMIENTO (sustitución enzimática/reducción de sustrato): .....  
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 DE GAUCHER

**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 (laboratorio para beta glucocerebrosidasa).

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Matrícula n°: .....

Fecha: / /