



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

Resumen de Historia Clínica Hemoglobinuria Paroxística Nocturna

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: _____

ESTADIO EVOLUTIVO: _____

ESTADO ACTUAL

COMORBILIDADES: _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: _____

PLAQUETAS: _____ HEMOGLOBINA: _____ CREATININA: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

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

TRATAMIENTO INDICADO:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____

DROGA/S: _____

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): _____

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: _____ DOSIS DIARIA: _____ DOSIS MENSUAL: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



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

Resumen de Historia Clínica Hemoglobinuria Paroxística Nocturna

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.
- Laboratorio HPN (plaquetas, hemoglobina, creatinina).
- Dejar constancia del consejo genético y/o inscripción del paciente en programa de trasplante de médula ósea.
- Vacunación para Neisseria meningitidis al menos 2 semanas previas al inicio del tratamiento.
- Citometría de flujo.

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°: Fecha: / /