



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

Resumen de Historia Clínica Síndrome Urémico Hemolítico Atípico

DATOS DEL AFILIADO

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

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:
FECHA DE DIAGNÓSTICO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:
.....
ESTADIO EVOLUTIVO:
.....

ESTADO ACTUAL

MANIFESTACIONES CLÍNICAS (Ira, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia grave, microangiopatía selectiva a nivel renal):
.....
MANIFESTACIONES ISQUÉMICAS EN OTROS ÓRGANOS:
.....
.....

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:
OBSERVACIONES:
.....
.....
.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



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

Resumen de Historia Clínica Síndrome Urémico Hemolítico Atípico

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

- Resumen de Historia Clínica SUHa-HPN: 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.
- Dejar constancia de la inscripción del paciente en programa de trasplante renal si fuera necesario.
- Presencia de anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia grave.
- Exámenes complementarios: determinación de infección por E. Coli O157: H7, alteraciones del complemento (C3, C4, FH, FI, FB), determinación de mutaciones (FH, FI, MCP, C3, FB +/- THBD) biopsia de riñón.
- Laboratorio: plaquetas, hemoglobina, creatinina.

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°:

Fecha: / /