

## Formulario de solicitud: tratamiento con INMUNOSUPRESORES

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IMAE: \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN CLÍNICA

Riesgo vascular:  No  Si

Riesgo inmunológico  No  Si

- Diabetes
- Patología coronaria
- ACV
- Arteriopatía MMII

- Re-trasplante
- Donante sub-óptimo
- PRA >= a 30%
- Otros

Intolerancia a drogas:  No  Si

Peso (Kg): \_\_\_ \_\_\_ , \_\_\_

- Calcineuríticos
- Otros \_\_\_\_\_

### PLAN SOLICITADO

Droga	Dosis	Nº de tomas diarias
Ciclosporina A		
Micofenolato Sódico		
Azatioprina		
Tacrolimus		
Everolimus		