

Formulario de RESUMEN de tratamiento de la ANEMIA en la IRC

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 TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

IMAE: _____

RESUMEN DE TRATAMIENTO

1ra dosis de tratamiento:

Fecha: ___/___/___

Dosis EPO: ___ ___ ___ UI

Ampollas de hierro: ___

SUSPENDE TRATAMIENTO: No Si Fecha de suspensión: ___/___/___

Causa: Salida de plan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Radicación exterior |
| <input type="checkbox"/> Abandono | <input type="checkbox"/> Trasplante renal |
| <input type="checkbox"/> Recupera función | <input type="checkbox"/> Indicación médica |

- Trombosis
- HTA
- Otra causa médica
- Otra causa no médica

Última dosis de tratamiento:

Fecha: ___/___/___

Dosis EPO: ___ ___ ___ UI

Ampollas de hierro: ___