FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES para TRATAMIENTO de la FIBROSIS QUÍSTICA

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I._____

Edad: _____ años Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Institución de origen _____

NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº CP_____ Nombre _____ Firma _____

Fecha de último control: __/__/____ Fecha de inicio del ciclo: __/__/____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de medicación con respecto al último pedido? ☐ NO ☐ SI Tratamiento que recibía: ☐ Tobramicina inhalatoria ☐ Alfa-dornasa

Motivo del cambio: _____
_____

Tratamiento solicitado: ☐ Tobramicina inhalatoria ☐ Alfa-dornasa Para el mes de: _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: ☐ NO ☐ SI Fecha: __/__/____

Motivo: ☐ Intolerancia ☐ Erradicación ☐ Indicación médica ☐ Abandono ☐ Fallecimiento
☐ Otra: _____

COMPLICACIONES:

☐ Del tratamiento Especifique: _____
☐ De la enfermedad
- ☐ Hemoptisis
- ☐ Neumotórax
- ☐ Neumonía

☐ ATB anti-pseudomona con internación: N° de días: __ __
☐ ATB anti-pseudomona sin internación: N° de días: __ __
☐ Otras internaciones: Nº de días ___ ____-
☐ Otras _____

PARACLÍNICA

BI – MENSUAL: Cultivo de expectoración: __ __ __ __ __ __ ufc/ml o __ , __ x 10___ Fecha: __/__/____
Germen: _____

DE ENVÍO SEMESTRAL Ingresar los valores en el mes que se envíe el documento

VEF_1: __ __ , __ __ Lts. __ __ % Saturación de oxígeno: __ __ % Fecha: __/__/____

DE ENVÍO ANUAL Marcar en el mes que se envíe documento

☐ Resumen de evolución documentado e interconsultas