

Formulario de solicitud de DOSIS posterior para tratamiento con SEVELAMER (Pacientes en diálisis crónica)

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

Institución de origen _____ IMAE: _____

MEDICO SOLICITANTE:

CP.: _____ Nombre _____ Firma _____

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:

Fosforemia actual: ___ , ___ mg/dL

Recibe otras medicaciones? No Si
Cuál? Vitamina D2 Vitamina D3 Calcitriol Paricalcitol Cinacalcet/Sensipar

Adhiere a dieta? No Si

Adhiere a dosis indicada de Sevelamer? No Si

Efectos adversos atribuibles a Sevelamer? No Si

Cuál/es? Náuseas Vómitos
 Diarrea Flatulencia
 Dispepsia Dolor abdominal
 Constipación Fecaloma
 Obstrucción/perforación intestinal Íleo
 Disfagia hipersensibilidad

Confirmando que NO hay medicación (Sevelamer) acumulada a nombre de este paciente en el servicio? Si No

TRATAMIENTO CON SEVELAMER:

Dosis previa: ___ ___ ___ mg/día

Dosis solicitada: ___ ___ ___ mg/día

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA