

Formulario de solicitud de INICIO de tratamiento con SEVELAMER para 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:

Tipo de diálisis: Hemodiálisis DPCA Fecha de ingreso a plan de sustitución: ____ / ____ / ____

Fosforemia: Actual: _____, _____ mg/dL
Mes previo: _____, _____ mg/dL
2 meses previos: _____, _____ mg/dL

PTHi: _____, _____ pg/mL Fecha ____ / ____ / ____

Calcemia: _____, _____ mg/dL Fecha ____ / ____ / ____

KT/V: _____, _____ Fecha ____ / ____ / ____

Contraindicaciones para quelantes cárnicos? No Si

Cuál? Hipercalcemia Calcificaciones extraóseas

Recibe otras medicaciones? No Si

Cuál? Vitamina D2 Vitamina D3 Calcitriol Paricalcitol Cinacalcet/Sensipar

Adhiere a dieta? No Si

TRATAMIENTOS PREVIOS

Recibía previamente sevelamer? Si No

Dosis previa: _____ mg/día

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Dosis solicitada de Sevelamer: _____ mg/día

CONSIDERACIONES QUE JUGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA