

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 cálcicos? 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 JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA