

Formulario de solicitud dosis posteriores de Tratamiento Preventivo de VRS

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

El paciente cambia de Institución de asistencia: No Si A cual: _____

Si el paciente cambia de Institución, se debe enviar al FNR, aval de la nueva Institución junto con la presente solicitud para que esta sea autorizada

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Infección VRS actual Indicación médica
 Abandono Fallecimiento Otra: _____

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha de dosis previa: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento: Buena Regular Mala

Efectos Adversos: No Si

Fiebre Reacción local intensa Diarrea
 Erupción Otra Especifique: _____

EVOLUCION

Internaciones No Si Fecha Internación: ___/___/___ Días de internación: _____

Motivo: Infección Respiratoria Bronquiolitis Etiología de la Infección Respiratoria:
 Infección Respiratoria Neumonía VRS
 Infección Respiratoria Otra Otro virus Especifique: _____
 Descompensación de Cardiopatía Bacteriana Especifique: _____
 Otra Especifique: _____ Sin agente infeccioso identificado

Ingreso a Cuidados Intensivos: No Si Días en Cuidado Intensivo: _____
Uso de ventilación mecánica: No Si Días de ventilación: _____

Vacunación antigripal en la temporada actual? Si No SD

TRATAMIENTO SOLICITADO

Tratamiento solicitado: Palivizumab Para el mes de: _____

Dosis solicitada: _____ mg Peso actual: ___ ___ ___ gr

OTRAS CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: