

## 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:**