

Formulario de solicitud de Tratamiento Preventivo de VRS

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.
El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNOSTICO

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Broncodisplasia pulmonar

Diagnóstico confirmado por: Clínica. (aportar resumen detallado de Historia Clínica)
 Radiología (aportar documentación)

Enfermedad pulmonar crónica de la infancia (< 24 meses): Cual _____
(aportar resumen detallado de Historia Clínica, imagenología correspondiente y oximetría)

Cardiopatía congénita: Cual _____
(aportar informe de cardiólogo, Rx. De Tórax, oximetría y ecocardiograma)

Otros Cual _____

SITUACION CLINICA:

Internaciones: Si No Causa: VRS ADV Influenza
 Parainfluenza Insuf. Cardíaca Otros

Especifique _____

Tratamiento permanente: Si No O2 Diuréticos
 Vasodilatadores Broncodilatadores
 Corticoides Otros.

Especifique _____

ANTECEDENTES PERSONALES

AVM

Edad gestacional _____ semanas.

VNI

Peso al nacer. _____ grs.

Tratamiento solicitado:

Tratamiento solicitado: Palivizumab. Dosis: _____ mg.

Peso actual. _____ grs. (aportar carnet correspondiente)

Consideraciones que juzgue relevantes: