

Resumen de fin de tratamiento TRATAMIENTO de TRICOLEUCEMIA Cladribine (2- CDA)

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 de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, 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 HEMATOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

Suspende tratamiento: Si Fecha: ___/___/___

Causa:

- Finalización de tratamiento.
- Fallecimiento
- Intolerancia.
- Indicación médica
- Abandono
- Otra: _____

Situación al finalizar tratamiento:

Respuesta completa Respuesta parcial Otra. Especifique: _____

Consideraciones que juzgue relevantes: