



FR140

**RECETARIO EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES
ENFERMEDAD DE CROHN- COLITIS ULCEROSA (Resolución 731/23)**

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ TEL: _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA ACTUAL:...../...../..... E-MAIL: _____

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA

PATOLOGÍA: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y/U OTROS QUE JUSTIFIQUEN EL FUNDAMENTO TERAPÉUTICO):

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA:...../...../..... PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO CON TECNOLOGÍA DE ALTO COSTO:...../...../.....

SCORE DE INICIO CORRESPONDIENTE A LA PATOLOGÍA: CDAI: _____ SCORE DE MAYO: _____

RESPUESTA OBTENIDA: _____

PROGRESIÓN Y/O CAMBIO DE TRATAMIENTO (ESPECIFIQUE): _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO Y MOTIVO:...../...../.....; _____

3. PRESCRIPCIÓN ACTUAL:

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	MG/DÍA	CANTIDAD DE ENVASES
Rp1)		
Rp2)		
Rp3)		

FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA PRESCRIPTOR

AUTORIZACIÓN MÉDICO AUDITOR

**LA PRESENTE RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LOS INFORMES DE ESTUDIOS RESPALDATORIOS
(ENDOSCOPIA, ANATOMÍA PATOLÓGICA SI CORRESPONDIERE, RMN, TAC, ETC.)**

OBSERVACIONES DE AUDITORÍA MÉDICA:

