



FR100 RECETARIO EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES ENFERMEDADES POCO FRECUENTES (Resolución 731/23)

(ATROFIA MUSCULAR ESPINAL; TIROSINEMIA TIPO I; HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA; SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO, FIBROSIS QUISTICA; HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR; DEFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO)

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ TEL: _____

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

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA

PATOLOGÍA: _____ TIPO: _____

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: _____

MUTACIONES/ACTIVIDAD ENZIMATICA (SI CORRESPONDE): _____

RESPUESTA OBTENIDA: _____

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL (VALORES EN CASO DE CORRESPONDER):

A.M.E.	H.P.N.	S.U.H.	E.F.Q.	H.A.P. 1 y 4	D.H.C.
CHOP BASAL:	PLAQUETOPENIA:	INFECCION X E. COLI:	PESO:	CAT. CAV. DER.:	T. PONDO-ESTATURAL:
HFMSE BASAL:	HEMOGLOBINEMIA:	DETERM. ADAMSTS:	TALLA:	T.E.P. (SOLO EN 4):	EDAD OSEA:
TRAQUEOSTOMIA:	CREATININEMIA:	ACTIV. COMPLEMENTO:	VEF 1:	EDDS:	PESO:
DEGLUCION:		AP CON MAT HISTOL.:	CVF:	NYHA	TALLA:
HORAS DE AP. RESPIRATORIO:					
VAL. FUNCIONAL					

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:

