



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)

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE (O CODIFICACIÓN): _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA ACTUAL:...../...../..... TELÉFONO: _____

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:...../...../..... TRATAMIENTOS PREVIOS: _____

MUTACIONES/ACTIVIDAD ENZIMATICA (SI CORRESPONDE): _____

RESPUESTA OBTENIDA: _____

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

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

INFORMACIÓN OBLIGATORIA (COMPLETAR VALORES SEGÚN CADA PATOLOGÍA):

A.M.E.	H.P.N.	S.U.H.	E.F.Q.	H.A.P. 1 y 4
CHOP BASAL:	RECuento de PLAQUETAS:	INFECCION X E. COLI SI - NO:	PESO:	CAT. CAV. DER.:
HFMSE BASAL:	HEMOGLOBINEMIA:	DETERM. ADAMSTS:	TALLA:	T.E.P. (SOLO EN 4):
TRAQUEOSTOMIA SI - NO:	CREATININEMIA:	ACTIV. COMPLEMENTO:	VEF 1:	EDDS:
DEGLUCION NORMAL SI - NO:		AP CON MAT HISTOL.:	CVF:	NYHA
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 (ANATOMÍA PATOLÓGICA, RMN, TAC, ANÁLISIS DE L.C.R., ANÁLISIS GENÉTICOS, NIVELES DE HORMONAS Y/O HEMOGRAMA, OTROS, SI CORRESPONDIERE, ETC.)