

Fecha: ____ / ____ / ____

Informe Médico para atención de medicamento del Programa de Tratamientos Complejos

1. Datos del Médico:

Nombre del médico: _____ N° de colegiatura: _____

Especialidad (RNE): _____ Fecha del informe: _____

2. Datos del Paciente:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico (CIE10): _____ Medicamento: _____

3. Cuestionario médico:

Tiempo de enfermedad (indicar año y mes de inicio):

Medicamentos inmunosupresores o biológicos recibidos hasta la fecha:

Marcar con una "X" si es paciente: Nuevo () Continuator () Cambio de terapia ()

Marcar con una "X" si tiene antecedentes de: TBC () Cáncer () Enfermedad coronaria () Falla renal () Inmovilidad ()

Sustento de la solicitud del medicamento (detallar criterios con los cuales considera que el paciente es tributario de la terapia, ya sea de iniciarla, continuarla o modificarla):

Pruebas diagnósticas relevantes de laboratorio e imágenes (realizadas, resultados y fechas):

Esquema proyectado (DCI del medicamento-dosis-periodicidad-tiempo proyectado de uso en meses):

Reevaluación para continuar o modificar terapia: en _____ meses.

Nota: Se sugiere que la decisión de modificación de terapia se tome luego de al menos tres meses de tratamiento; la continuación o modificatoria del tratamiento deberá acompañarse de un informe médico sustentatorio semestral o en menos plazo de requerir el cambio de medicamento.

Firma del médico tratante:
