

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS (ENFERMEDAD DE CROHN)

Apellido y Nombre Fecha...../...../.....
 DNI..... Edad..... Localidad.....

1. Resumen de Historia Clínica del paciente

.....

2. FUNDAMENTO DIAGNOSTICO

Síntomas/signos que presento o presenta el paciente (Debe haber presentado al menos 2 de las siguientes)	Marcar con un circulo según corresponda	
	SI	NO
LESION DIGESTIVA ALTA		
LESION ANAL		
DISTRIBUCION SEGMENTARIA		
LESION TRANSMURAL		
FISURA ANAL		
ABCESO		
FISTULA		
ESTENOSIS		

3. FUNDAMENTO DIAGNOSTICO: Descripción de **endoscopia** si dispone de la misma

.....

4. FUNDAMENTO DIAGNOSTICO: Descripción de **anatomía patológica** de alguna de las lesiones más características (granulomas/infiltrados linfoides etc.)

.....

5. Otros hallazgos de relevancia (ej. Laboratorio, tomografía, etc.)

6. ADJUNTAR RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS.

7. El paciente ¿Ha recibido otros tratamientos? ¿Cuales?

Tratamientos previos	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

8. Medicación que solicita actualmente

Nombre Genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual
Tiempo estimado de tratamiento	Peso: Altura:

Firma y Sello del médico tratante

.....