

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido del paciente

Obra Social

mg

Dosis diaria de **Lapenax[®]**

Fecha de última toma de **Lapenax[®]**

Fecha y resultado de último hemograma

Hemograma

/mm³

Glóbulos blancos totales

/mm³ o %

Neutrófilos en cayado

/mm³ %

Neutrófilos segmentados

Fecha de salida del programa de **Lapenax[®]**

Causa de salida del programa

Cambio de marca comercial

Falta de eficacia

Efecto adverso

Hematológico

No Hematológico

Medicación concomitante

Carbamazepina

Fenitoina

Ácido Valproico

Benzodiacepinas

AZT

Ganciclovir

Otras

Médico tratante (Nombre, Apellido, firma)