

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA



DATOS DEL PACIENTE

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre y apellido		Código Unívoco*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono	email		
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de nacimiento	Género <small>(MARCAR CON UNA X)</small>	D.N.I	Paciente internado <small>(MARCAR CON UNA X)</small>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Institución		Diagnóstico	

DATOS FAMILIAR DEL PACIENTE

<input type="text"/>	
Nombre y apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	email

OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg
Fecha de inicio del tratamiento con Lapenax®	Fecha de entrada al Programa de Monitoreo con Lapenax®	Dosis diaria de Lapenax®

*El médico generará el código unívoco del paciente que quedará registrado en la solicitud de ingreso. El mismo será construido con la inicial del primer nombre y la inicial del apellido o primer apellido (en el caso de las mujeres casadas, el apellido de soltera) más los seis dígitos correspondientes a la fecha de nacimiento. Por ej, María Rosa Pérez de González nacida el 4 de julio de 1966 será el **MP040766**—(Disposición 935/2000ANMAT).

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Medicación concomitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Carbamazepina	Fenitoína	Ácido Valproico	Benzodiazepinas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	AZT	Ganciclovir	Otras (especificar)	

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Patología concomitante

HIV/SIDA Diabetes Neoplasias Epilepsia

Otras (especificar)

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y apellido	Matrícula profesional
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <small>(MARCAR CON UNA X)</small>
Teléfono	Nac. Pcial.
<input type="text"/>	
Celular	
<input type="text"/>	
email	
<input type="text"/>	
Institución	

Fecha / lugar

Firma /sello

Uso exclusivo por parte del profesional médico. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o al público en general.