

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO INMUNOSUPRESION POR TRASPLANTE

DATOS DEL AFILIADO:

FECHA DEL FORMULARIO:...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....SEXO:.....
DNI:.....FECHA DE NAC.:.....
DIRECCION:.....TELEFONO:.....
LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....
MAIL:.....

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

APELLIDO Y NOMBRE:.....
ESPECIALIDAD:.....M.N.:.....M.P.:.....
TELEFONO DE CONTACTO:.....MAIL:.....

INFORMACION EN RELACION AL DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO: PREVIO A TRASPLANTE / POST TRASPLANTE (tache el que no corresponda)
ORGANO TRASPLANTADO O POR TRASPLANTAR:.....
FECHA DE TRASPLANTE:...../...../.....

TRATAMIENTOS PREVIOS:

AZATIOPRINA	SIROLIMUS	MICOFENOLATO
CORTICOIDES	BELATACEPT	INMUNOG. ANTILINF HUM.
BASILIXIMAB	TACROLIMUS	SIN TRAT. PREVIO
EVEROLIMUS	CICLOSPORINA	

DROGA SOLICITADA:.....

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO