

TERAPIA POS TRASPLANTE

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Sexo: Fem Masc

Obra Social: _____ TITULAR GRUPO FAMILIAR

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Prevención Rechazo post Trasplante: SI NO Fecha de Trasplante: ____ / ____ / ____

Tipo de Trasplante: Órgano sólido Médula ósea Cadavérico
Donante vivo Otro: _____

Otros diagnósticos relacionados:

Enfermedad Injerto Contra Huésped Aguda

Prevención de Enfermedad por V.E.B.

Rechazo Agudo Vascular

Prevención de Micosis Sistémicas

Prevención de Enfermedad por C.M.V.

Órgano trasplantado: Hígado Corazón Células madre hematopoy.(TCMH)
Riñón Pulmón Otro: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADO Y DETALLADO

DETALLE DEL CUADRO CLÍNICO QUE CULMINÓ EN TRASPLANTE:

ENFERMEDAD ACTUAL. Estado general, respuesta al trasplante, comorbilidades, complicaciones post trasplante:

Serologías positivas post trasplante: NO SI (adjuntar copia de laboratorio)
Virus Epstein-Barr (EBV+)
Citomegalovirus (CMV +)
Otro: _____

Tratamientos inmunosupresores previos? NO SI: droga, dosis, tiempo, respuesta

TERAPIA POS TRASPLANTE

Estudios complementarios que avalen el estado actual (Adjuntar copia de Informe):

TRATAMIENTO ACTUAL

MEDICACIÓN	DOSIS DÍA	DOSIS MES	ÓRGANO TRASPLANTADO	RESPUESTA	SEROLOGÍA POSITIVA OTRAS CONDICIONES	
					VEB	SI (adjuntar) NO
Belatacept	_____	_____	Riñón Otro: _____			
Ciclosporina	_____	_____				
Micofenolato	_____	_____				
Sirolimus	_____	_____				
Tacrolimus	_____	_____	Hígado Corazón Riñón Otro: _____			
Everolimus	_____	_____				
Valganciclovir	_____	_____				
Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa	_____	_____				Con diagnóstico de Rechazo agudo vascular
Timoglobulina	_____	_____				Enfermedad injerto contra huésped aguda corticorresistente
Posaconazol	_____	_____	Médula Otro: _____			EICH Profilaxis micosis sistémica

TERAPIA POS TRASPLANTE

Reacciones adversas al tratamiento actual:

Justificación médica del esquema solicitado:

Importante: La medicación solicitada debe respetar el formato droga/dosis/mes. El presente es de renovación semestral y con cada cambio de tratamiento. Completar y enviar consentimiento informado adjunto anual. Acompañar con constancia de trasplante al inicio del tratamiento. Se requieren datos de contacto con el Médico solicitante, sin excepción.

Completar datos de contacto del Médico Prescriptor:

Celular: _____

Mail: _____

FECHA de CONFECCIÓN.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

TERAPIA POS TRASPLANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS

El abajo firmante, Sr./Sra _____
 con DNI/LE/LC _____ de _____ años de edad, dice que:

1°. Entiende los alcances del tratamiento de (nombre de la patología que presenta)

con (droga genérica que se prescribe)

2°. Ha recibido información sobre los beneficios y los potenciales riesgos asociados al uso de este/os medicamento/s y ha recibido instrucciones y aclaraciones por parte del médico de toda cuestión técnica de tal forma que, los alcances del tratamiento y su objetivo, le resultan claramente comprensibles.

3°. Ha sido informado sobre la forma de administración, la cantidad y frecuencia con que el medicamento debe ser administrado.

4°. Se ha notificado que deberá realizar controles periódicos con el especialista, así como estudios complementarios para evaluar los resultados del tratamiento.

5°. Ha sido informado que deberá contactar inmediatamente al médico en caso de un evento adverso o de cualquier signo que pudiera indicar el curso de un brote de la enfermedad.

6°. Se ha notificado que la firma del presente consentimiento resulta indispensable para cumplimentar los requisitos exigidos por la normativa aplicable.

7°. Ha sido informado de la importancia de realizar el tratamiento sin interrupciones, salvo que la misma fuera indicada por un profesional.

Se firma el presente en _____ al _____ del mes de _____ de 20 _____

PACIENTE (o Representante Legal)

MEDICO

 Firma y aclaración

 Firma

 Número de Documento

 Sello

TERAPIA POS TRASPLANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

El abajo firmante, Sr./Sra _____
 con DNI/LE/LC _____ de _____ años de edad, en carácter
 de madre/padre/tutor/encargado del menor _____

D.N.I. N°: _____ dice que:

1°. Entiende los alcances del tratamiento de (nombre de la patología que presenta)

con (droga genérica que se prescribe)

2°. Ha recibido información sobre los beneficios y los potenciales riesgos asociados al uso de este/os medicamento/s y ha recibido instrucciones y aclaraciones por parte del médico de toda cuestión técnica de tal forma que, los alcances del tratamiento y su objetivo, le resultan claramente comprensibles.

3°. Ha sido informado sobre la forma de administración, la cantidad y frecuencia con que el medicamento debe ser administrado.

4°. Se ha notificado que deberá realizar controles periódicos con el especialista, así como estudios complementarios para evaluar los resultados del tratamiento.

5°. Ha sido informado que deberá contactar inmediatamente al médico en caso de un evento adverso o de cualquier signo que pudiera indicar el curso de un brote de la enfermedad.

6°. Se ha notificado que la firma del presente consentimiento resulta indispensable para cumplimentar los requisitos exigidos por la normativa aplicable.

7°. Ha sido informado de la importancia de realizar el tratamiento sin interrupciones, salvo que la misma fuera indicada por un profesional.

Se firma el presente en _____ al _____ del mes de _____ de 20 _____

PACIENTE (o Representante Legal)

MEDICO

 Firma y aclaración

 Firma

 Número de Documento

 Sello