

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO: ENFERMEDAD DE FABRY

Datos del paciente:

Apellido y nombre: _____ *Edad:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ *Documento N°: Sexo:

Teléfono: _____ N° de Afiliado:

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Datos establecimiento y/o profesional:

Nombre del establecimiento solicitante: _____

Establecimiento: _____

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Médico tratante:

Nombre: _____ Matrícula:

Especialidad: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Antropometría:

Talla actual (cm): _____ Peso (kg): _____ Fecha evaluación: ____/____/____/

Evaluación visual:

a) Opacidad corneal: Fecha evaluación: ____/____/____/

b) Fondo de ojo | OD: _____ OI: _____ Fecha evaluación: ____/____/____/

Evaluación cardíaca:

a) Enfermedad valvular: Fecha evaluación: ____/____/____/

Precisar: _____

b) Cardiomiopatía: Fecha evaluación: ____/____/____/

Precisar: _____

Evaluación auditiva:

Audiometría medición: OD: _____ OI: _____ Fecha evaluación: ____/____/____/

Uso de audífono:

Impedanciometría:

Tipo de curva: _____

Evaluación respiratoria:

a) Espirometría | EFV1: _____ Fecha: ____/____/____/ Fecha evaluación: ____/____/____/

b) Oxígeno dependiente:

Requerimiento: _____ Lts.

Evaluación gastrointestinal:

Fecha evaluación: ____/____/____/

Precisar: _____

Evaluación renal:Trasplante: ☐ SI ☐ NO Fecha evaluación: ____/____/____/

Grado IRC: _____

Función renal: _____

Clearance: _____

Microalbuminuria: _____

Evaluación neurológica:

Acroparestesias | Frecuencia: _____ Fecha evaluación: ____/____/____/

Localización: _____

AVE | Fecha: ____/____/____/ Localización: _____

RNM: _____

Otros antecedentes relevantes Evaluación de calidad de vida (si está disponible)

DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN

Método diagnóstico:

- Actividad enzimática
- Estudio molecular

Valor: _____

- Papel filtro
- Leucocitos

Valor: _____

Medicación actual con dosis:

Médico responsable del formulario:

Nombre y apellido: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____ Matrícula: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Fecha: ____/____/____/

Firma

Esta solicitud reviste el carácter de declaración jurada. Debe completar los datos y remitirlos junto con los laboratorios y estudios, acompañados por las imágenes correspondientes que avalen la información.