

HISTORIA CLÍNICA

FORMULARIO A

(HOJA QUE SE PRESENTA POR ÚNICA VEZ)

MINISTERIO DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

(La parte remarcada, debe ser completada)

**NOMBRE DEL PACIENTE
(COMO FIGURA EN SU DNI):**

DNI Nº

Lugar (Localidad y Provincia).....

Fecha.....

Sr Ministro de Salud
Dr. Juan MANZUR
S / D

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer las gestiones para que el Ministerio a su cargo financie el tratamiento con Bromuro de Piridostigmina para el/la paciente (Apellido y Nombre Completo)..... en virtud a la Resolución 435/04, por la que se crea el Programa de Atención al Paciente Miasténico.

Con el fin de solicitar el ingreso al Programa y dando cumplimiento a los requerimientos del mismo, se adjunta la documentación solicitada.

El diagnóstico es : MIASTENIA GRAVIS

El tratamiento indicado con Bromuro de Piridostigmina (60mg) es en la cantidad de comprimidos por día

Por la presente asumimos el compromiso de efectuar periódicamente los controles clínicos y de laboratorio necesarios para actualizar dosis y asegurar la máxima efectividad terapéutica. Asimismo informaremos al Ministerio de Salud cuando así lo soliciten, todo lo referido a la evolución del paciente.

Sin otro particular, saludamos al Sr. Ministro muy atentamente.

.....
Médico Tratante

.....
Jefe de Servicio

.....
Director del Hospital.

P/D: Se adjunta al dorso: COPIA DE DNI, CERTIFICACION NEGATIVA DE ANSES, "Receta médica" (FORMULARIO A-1) Con dosis diaria en comprimidos y los "Formularios correspondientes con sello/membrete del Hospital" según requisitos para la entrega de medicamentos (Res. 435/04)

FORMULARIO A -1

**REMITIR CON CERTIFICACION NEGATIVA DE ANSES- JUNTO A COPIADEL D.N.I y
EL RECIBO, PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO**

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

RECETA

SELLO DEL HOSPITAL NO OMITIR

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI:.....

HISTORIA CLÍNICA N°:.....

DIAGNÓSTICO: MIASTENIA GRAVIS

Rp/

BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA (MESTINON) 60 mg.

COMPRIMIDOS POR DIA:.....

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO MÉDICO

FORMULARIO A -2

**REMITIR CON CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES- JUNTO AL D.N.I y LA RECETA
PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO**

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

RECIBO

PERIODO CORRESPONDIENTE: **Nº DE LOTE :**

FECHA DE ENTREGA:

PACIENTE. APELLIDO Y NOMBRE :

Medicación: BROMURO DE PIRIDISTOGRINA

Dosis indicada en comprimidos por día: **FRASCOS CERRADOS A ENTREGAR:**

Médico tratante:

Hospital de referencia Teléfonos:

Localidad **Provincia:**

Datos del Paciente o Apoderado

Nombre y Apellido:

Carácter/Parentesco:

Domicilio: **TE:**

Recibí de conformidad la cantidad de FRASCOS CERRADOS

Reitero **NO POSEER COBERTURA SOCIAL**

FIRMA : **Y**

ACLARACIÓN DE QUIEN RECIBE LA MEDICACIÓN:

DNI N°

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA

ENTREGA:

(Entregar el **PRESENTE FORMULARIO COMPLETO**, junto con la **RECETA** de continuidad del tratamiento para poder recibir medicación en la próxima entrega)

FORMULARIO B

FORMULARIO "B" y "C": -DEBE RENOVARSE / ACTUALIZARSE SI MODIFICA TRATAMIENTO-COMPLETAR **TODOS** LOS DATOS CONSIGNADOS EN FORMULARIO "B" y "C" DE LA H.C. CON DATOS DEL PACIENTE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE.-

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO (COMO FIGURA EN EL DNI)

..... DNI N° :

FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

DOMICILIO ACTUALIZADO:

LOCALIDAD: CP: PROV:

TELEFONO de referencia, con código de área:

EDAD ACTUAL:

INSTITUCION DONDE SE TRATA:

N° DE HISTORIA CLINICA:

MEDICO TRATANTE: MATRICULA N°:

-TELEFONO CELULAR:

HOSPITAL DE REGISTRO O REFERENCIA DONDE RECIBE LA MEDICACION:

.....

DOMICILIO:

TELEFONOS:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

FORMULARIO C

FORMULARIO "B" y "C":-DEBE RENOVARSE//ACTUALIZARSE SI MODIFICA TRATAMIENTO-**COMPLETAR TODOS** LOS DATOS CONSIGNADOS EN FORMULARIO "B" y "C"DE LA H.C. CON DATOS DEL PACIENTE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE.-

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

-- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES-- -- CON MIASTENIA GRAVIS--

PACIENTE:
(APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO COMO FIGURA EN EL DNI)

ENFERMEDAD: MIASTENIA GRAVIS

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL:

DIAGNÓSTICO :

Estudios complementarios:

TRATAMIENTOS:

Bromuro de Piridostigmina: *Dosis diaria en comprimidos:*

Otras drogas: (esteroides, inmunosupresores, inmunoglobulinas).....

MODIFICACION DE TRATAMIENTO

DOSIS ACTUAL:comp./ día

Dosis NUEVA INDICADA: Cambio de dosis a:comp./ día .

OBSERVACIONES (JUSTIFICAR MOTIVO DE MODIFICACION):

.....

RATIFICA DECLARACIÓN JURADA DE NO POSEER COBERTURA MÉDICA

.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

ESTA HOJA DEBE RENOVARSE Y REMITIR ALMINISTERIO DE SALUD DE LA NACION CUANDO SE MODIFIQUEN DOSIS DE TRATAMIENTOS, JUNTO A LA RECETA MEDICA

FORMULARIO D

FORMULARIO "B" y "C":-DEBE RENOVARSE//ACTUALIZARSE SI MODIFICA TRATAMIENTO-COMPLETAR **TODOS** LOS DATOS CONSIGNADOS EN **FORMULARIO "B" y "C"** DE LA H.C. CON DATOS DEL PACIENTE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE.-

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

DECLARACIÓN JURADA DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE:
(COMPLETO COMO FIGURA EN EL DNI)

TIPO Y N° DE DOCUMENTO **EDAD:**

DOMICILIO ACTUAL: **CP:**

LOCALIDAD: **PROV**

TELÉFONO DE REFERENCIA:

DECLARO BAJO JURAMENTO, que no poseo ningún tipo de cobertura médico-social, no encontrándome cubierto /a por ningún Efector o Sistema de Salud Privado, del Estado Nacional, Obra Social (Leyes 23660 y 23661), Fuerzas de Seguridad (Armadas, Policía Federal o Provincial etc.) INSSJP, PROFE, O. S. del Estado Provincial o Municipal.

Reconozco que el Ministerio de Salud de la Nación tiene la facultad para excluirme, sin interpelación previa, del registro de pacientes del Programa de Atención al paciente Miasténico, si se comprobare lo contrario a lo aquí declarado.

.....

FIRMA, ACLARACIÓN Y N° DE DNI. DEL PACIENTE.

CERTIFICO que la firma que antecede, es de puño y letra del paciente indicado, puesta en mi presencia.

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL MÉDICO O AUTORIDAD RESPONSABLE