



FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN

DIA.....MES.....AÑO.....

INCLUIR SALUD. FORMULARIO PARA PRESCRIPCIÓN DE FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS

NOMBRE		UGP	
APELLIDO		DOMICILIO	
DNI			
BENEFICIO		TELÉFONO	

TIPO HEMOFILIA			
GRADO		DOSAJE F VIII	
INHIBIDOR	SI/NO	DOSAJE	
FECHA DX			
TIPO DE TTO	PROFILAXIS/DEMANDA		
	EVENTO INTRA PROFILAXIS		AGUDO
			PROGRAMADO
TRATAMIENTO INDICADO	PLASMÁTICO/RECOMBINANTE	JUSTIFICACIÓN (PARA RECOMBINANTE SE EXCLUYE BIOSEGURIDAD O PORTACIÓN DE INHIBIDOR)	
PESO DEL PACIENTE			
DOSIS/KG			
FRECUENCIA DE APLICACIÓN			

RESUMEN CLÍNICO ACTUALIZADO:

FIRMA	SELLO
-------	-------

LOS FORMULARIOS ENVIADOS SIN FECHA, CON LETRA O SELLO ACLARATORIO ILEGIBLE, TACHADURAS/ENMIENDAS NO SALVADAS Y ANTIGÜEDAD MAYOR A 90 DÍAS SERÁN RECHAZADOS