



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica

Enfermedad Inflamatoria Intestinal
(Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa)

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:
NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:
FECHA DE DIAGNÓSTICO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: _____

ESTADO ACTUAL

SCORE DE MAYO/ CDAI: _____
COMORBILIDADES: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

TRATAMIENTO INDICADO:

DROGA/S: _____
FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): _____

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: _____ DOSIS DIARIA: _____ DOSIS MENSUAL: _____
FECHA INICIO TRATAMIENTO: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica

Enfermedad Inflamatoria Intestinal
(Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa)

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia, biopsia, enterotomografía, enterorresonancia).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°: Fecha: / /