



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

## Resumen de Historia Clínica

### Mucopolisacaridosis tipo I, II y IV

#### 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SUBTIPO DE MUCOPOLISACARIDOSIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ESTADO ACTUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPROMISO CARDÍACO: ..... COMPROMISO PULMONAR: .....

COMPROMISO AUDITIVO: ..... COMPROMISO NEUROLÓGICO: .....

#### 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 DE INICIO DE 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 Mucopolisacaridosis tipo I, II y IV

### INFORMACIÓN DE EFECTIVIDAD

Saturación de oxígeno nocturna: .....

Test de caminata de 6 minutos: .....

Capacidad vital forzada: .....

Función sistólica del ventrículo izquierdo: .....

Determinación de glicosaminoglicanos en orina: .....

Apneas del sueño: .....

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

- Resumen de Historia Clínica Mucopolisacaridosis: 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.
- Laboratorio con actividad disminuida de la enzima correspondiente.
- Ecocardiograma y evaluación oftalmológica (para MPS II).

### TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

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