

PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE MIASTENICO

*FORMULARIO PARA ALTA DE PACIENTES

2015



PACIENTE: _____
DNI N°: _____

Lugar y fecha:.....

Sr. Ministro de Salud de la Nación

Dr.

S / D

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a UD. con el fin de solicitarle tenga a bien incorporar como beneficiario del Programa de Atención al Paciente Miasténico al paciente:..... en virtud de haber dado cumplimiento a los requerimientos de la Resolución 435/04.

El diagnóstico es : *MIASTENIA GRAVIS*

El tratamiento indicado es con **Bromuro de Piridostigmina (60mg)**,

LA CANTIDAD DE.....COMPRIMIDOS POR DIA.

Asumimos el compromiso del ingreso, asistencia, control de evolución clínico y de laboratorio a los fines de actualizar el tratamiento y asegurar la máxima efectividad terapéutica.

Se remite copia del DNI, Certificación Negativa de ANSES, Informe Social del Paciente y su grupo familiar, y Receta con prescripción, para cumplimentar requisitos de ingreso en los términos de la Resolución N° 435/04 M.S.

Sin otro particular, saludamos al Sr Ministro muy atentamente.

Firma y sello Médico Tratante

Firma Director del Hospital

SELLO DEL HOSPITAL

Firma y sello de Responsable Provincial del Programa



PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE MIASTENICO

*FORMULARIO PARA ALTA DE PACIENTES

2015

○ **DECLARACIÓN JURADA DEL PACIENTE**

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI N° _____ EDAD _____ .

DOMICILIO ACTUAL:.....CP.....

LOCALIDAD Y PROVINCIA:.....

TEL.(FIJO Y MOVIL (CON CODIGO DE AREA):.....

- **DECLARO BAJO JURAMENTO, que no poseo ningún tipo de cobertura médico-social, no encontrándome cubierto/a por Sistema de Salud Privado, ni del Estado Nacional, Obra Social (Leyes 23660 y 23661), Fuerzas de Seguridad (Armadas, Policía Federal o Provincial etc.) INSSJP(PAMI), OBRA SOCIAL 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 y aclaración del paciente:

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

FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO O AUTORIDAD RESPONSABLE

PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE MIASTENICO

*FORMULARIO PARA ALTA DE PACIENTES

2015



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ **DNI:** _____

NACIONALIDAD:.....**EDAD:**.....**FECHA DE NACIMIENTO:**.....

DOMICILIO ACTUALIZADO: _____

LOCALIDAD: _____ **CP:** _____ **PROV:**.....

TELEFONO, DE LINEA Y CEL. CON CODIGO DE AREA:.....

- INSTITUCION DONDE SE TRATA:**
- MEDICO TRATANTE:**.....**MATRICULA N°:**.....
- HOSPITAL DE REGISTRO:**.....
- DOMICILIO:**.....
- LOCALIDAD:****CP:**.....**PROV:**.....

DIRECTOR DEL HOSPITAL: **TELEFONOS:**.....



DIAGNOSTICO: “MIASTENIA GRAVIS”

MOTIVO DE CONSULTA: _____

Estudios complementarios: _____

TRATAMIENTOS:

Bromuro de Piridostigmina: *Dosis diaria en comprimidos:*.....

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

.....

****COMPLETAR solo EN CASO DE SOLICITAR CAMBIO DE DOSIS****

Y enviar al Programa Nacional, con la Receta y el Recibo último

JUSTIFICACION MEDICA PARA MODIFICACION DE DOSIS*

CONSUMO ACTUAL DE COMPRIMIDOS DIARIOS :.....

**SE INDICA , AUMENTAR / DISMINUIR A LA CANTIDAD DECOMPRIMIDOS DIARIO
A FIN DE MEJORAR EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO**

-OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE.....

PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE MIASTENICO

*FORMULARIO PARA ALTA DE PACIENTES

2015



RECETARIO

SELLO DEL HOSPITAL
(NO OMITIR)

DNI:
APELLIDO Y NOMBRE:

➤ *DIAG. MIASTENIA GRAVIS*

Rp/ BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA (MESTINON) 60 mg.
DOSIS DIARIA EN COMPRIMIDOS:.....

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO MEDICO

RECIBO

(PARA PODER RECIBIR PROXIMA ENTREGA, REMITIR EL PRESENTE JUNTO A:
COPIA DNI, NEGATIVA DE ANSES Y RECETA DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO)

PACIENTE: _____ PROVINCIA: _____

(Por favor, utilizar letra imprenta)

FECHA DE ENTREGA: _____

- ***FRASCOS RECIBIDOS:*** _____.
- ***NÚMERO DE DISTRIBUCION:*** _____.
(*Se localiza en parte superior del listado para la distribución*)
- ***MEDICACIÓN: "BROMURO DE PIRIDISTOGMINA"***
DOSIS EN COMPRIMIDOS POR DÍA: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

HOSPITAL DE REFERENCIA: _____

INFORMACION DE RECEPTOR (PACIENTE O APODERADO):

Apellido y Nombre: _____ DNI N°: _____

PACIENTE / APODERADO _____

TEL. DE CONTACTO (FIJO/CEL.) _____

- **RECIBÍ CONFORME LA CANTIDAD DE FRASCOS CERRADOS DE BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA.**
- **FIRMA Y ACLARACIÓN DE PACIENTE / APODERADO:**

PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE MIASTENICO

*FORMULARIO PARA ALTA DE PACIENTES

2015

- FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA: