



**INCLUIR SALUD. FORMULARIO PARA PRESCRIPCIÓN DE FACTORES
ANTIHEMOFÍLICOS**

FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN

DIA.....MES.....AÑO.....

NOMBRE		UGP	
APELLIDO		DOMICILIO	
DNI			
BENEFICIO	40-5	TELÉFONO	

MAIL DE CONTACTO

TIPO HEMOFILIA			
GRADO		DOSAJE F VIII	
INHIBIDOR	SI/NO	DOSAJE INHIBIDOR	

FECHA DX			
TIPO DE TTO	PROFILAXIS/DEMANDA		
	EVENTO INTRA PROFILAXIS		AGUDO PROGRAMADO

TRATAMIENTO INDICADO	PLASM./RECOMB	JUSTIFICACIÓN
PESO DEL PACIENTE		
DOSIS/KG		
FRECUENCIA DE APLICACIÓN		

RESUMEN CLÍNICO ACTUALIZADO:

CANTIDAD ENTREGADA. SELLO FARMACIA

FIRMA y SELLO	SELLO	CONFORMIDAD AFILIADO
---------------	-------	----------------------

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