

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE MONITOREO PARA PACIENTES TRATADOS
CON CLOZAPINA

EMPRESA TITULAR DEL CERTIFICADO: LABORATORIO ROSPAW S.R.L.

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO TRATANTE

MATRICULA PROFESIONAL

TEL:
MAIL:

INSTITUCION

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

CODIGO UNIVOCO*

DNI:
TEL:

FECHA DE ENTRADA AL PROGRAMA

SEXO: F M

EDAD AÑOS

DIAGNOSTICO:

Enfermedad psiquiátrica -Detallar:

Enfermedad neurológica -Detallar

MEDICACION CONCOMITANTE:

-Carbamazepina -Fenitoina -Valproico

-Benzodiazepina -AZT -Ganciclovir

-Otras (especificar)

PATOLOGIA CONCURRENTE

-HIV/SIDA -Neoplasias -Epilepsia

-Diabetes -Otras (especificar)

DOSIS DIARIA MG

LUGAR Y FECHA

* CODIGO UNIVOCO 1ra. LETRA DEL NOMBRE + PRIMERA LETRA DEL APELLIDO + FECHA DE NACIMIENTO