Fecha____/___/___

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PATOLOGIAS CRONICAS

DATOS DEL AFILIADO /	
Apellido y Nombres	
Nº Afiliado	Edad
Diagnóstico	
Médico prescriptor	
Dirección	
Teléfono	

1) PLAN DE TRATAMIENTO INDICADO _____

a) MEDICACION GENERICA

Drogas 1_____Dosis_____
Drogas 2_____Dosis_____
Drogas 3_____Dosis_____
Drogas 4_____Dosis_____
Drogas 5_____Dosis_____
Drogas 6_____Dosis _____

b) ESQUEMAS DE CONTROLES Y APLICACIONES

NUMERO DE CICLO	FECHA	HORA	PRÁCTICA

NUMERO DE CICLO ACTUAL_____NUMERO DE CICLOS PROGRAMADOS _____

INTERVALOS ENTRE LOS CICLOS _____

EVOLUCION:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

D) ESQUEMAS ANTERIORES

TUVO ESQUEMAS ANTERIORES SI ☐ NO ☐

Droga _____ Dosis_____Tiempo _____

Esquema de administración_____

Evolución / Efectos adversos: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma y Aclaración

del Médico Tratante