



OSFATLYF

Obra Social de la Federación Argentina
de Trabajadores de Luz y Fuerza

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Afiliado:

Médico Tratante

SSN°

Teléfono:

Edad:

DIAGNOSTICO

DROGA SOLICITADA:	<input type="text"/>		
	RILUZOLE	<input type="checkbox"/>
	Otra (Indicar)	<input type="checkbox"/>

FUNDAMENTACION DIAGNOSTICA	<input type="text"/>	(Indicar con una X cuál corresponde)
Presencia de:		
Degeneración del tipo de neurona motora inferior		
Degeneración de neurona motora superior		
Extensión progresivo de los síntomas o signos dentro de una región o de otras regiones		
Otro (Indicar)		
Ausencia de:		
Evidencia electrofisiológica o patológica de otra enfermedad o proceso que pueda explicar los signos de degeneración		
Neuroimagen de otro proceso o enfermedad que pueda explicar los signos clínicos y electrofisiológicos		
Otro (Indicar)		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

RMN:

Estudio electrofisiológico:

Examen funcional respiratorio

TRATAMIENTO PRESCRIPTO	DROGA	DOSIS	POSOLOGÍA DIARIA

Auditoría Médica

Medico Tratante (Firma y Sello)

Período: Semestre, Año

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
SEGÚN NORMATIVA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Fecha:

Nombre y apellido del paciente:

Documento de identidad: Tipo: N°:

Afiliado OSFATLYF N°:

Por la presente autorizo y presto conformidad a recibir tratamiento con los siguientes medicamentos:

1.

2.

3.

4.

5.

Dejo constancia que se me ha informado sobre el tratamiento, así como sobre sus condiciones.

Autorizo a las siguientes personas a retirar la medicación en mi nombre:

APPELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO N°	CARACTER EN QUE ACTÚA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE
O RESPONSABLE LEGAL AUTORIZADO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE