



OSFATLYF

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

INMUNOSUPRESORES POR TRANSPLANTE DE ORGANOS

AFILIADO:

Medico Tratante

SSN°

Telefono:

Edad:

DIAGNOSTICO

DROGA SOLICITADA:	
AZATIOPRINA	SIROLIMUS
BELATACEPT	TACRLIMUS
CICLOSPORINA	EVEROLIMUS
INMUNOGLOB. ESPECIFICA	MICOFENOLATO
TIMOglobulina	* VALANCICLOVIR
Otra (Indicar)	Otra (Indicar)

Marcar con X la droga indicada o indicar la prescrita

* Deberá adjuntar serología de CMG del donante y receptor

FECHA DE TRANSPLANTE

Deberá adjuntarse Constancia de Transplante

FUNDAMENTACIÓN DE LA INDICACIÓN

TRATAMIENTO PRESCRIPTO	DROGA	DOSIS	POSOLOGIA 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:

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO N°	CARACTER EN QUE ACTÚA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE
O RESPONSABLE LEGAL AUTORIZADO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE