



SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE MONITOREO PARA PACIENTES TRATADOS CON CLOZAPINA	
EMPRESA TITULAR DEL CERTIFICADO: LABORATORIOS FABRA S.A.	
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE:	
MATRÍCULA PROFESIONAL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL: <input type="text"/>
INSTITUCIÓN:	
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:	
Dirección del paciente:.....	
Teléfono del Paciente o Familiar:..... D.N.I./LE./L.C.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CÓDIGO UNÍVOCO*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
FECHA DE ENTRADA AL PROGRAMA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD: <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS
DIAGNÓSTICO: Enfermedad psiquiátrica <input type="checkbox"/> Detallar	Enfermedad neurológica <input type="checkbox"/> Detallar
MEDICACIÓN CONCOMITANTE: Carbamazepina <input type="checkbox"/> Fenitoína <input type="checkbox"/> Valproico <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> Ganciclovir <input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
PATOLOGÍA CONCURRENTE: HIV/SIDA <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
DOSIS DIARIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
LUGAR Y FECHA:	

* CÓDIGO UNÍVOCO: 1era. inicial de primer nombre + 1 era. inicial del apellido + fecha de nacimiento