



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:	TEL:		
INSTITUCIÓN:			
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:			
Dirección del paciente:.....			
D.N.I./LE./L.C.:	Fecha de Nacimiento: / /		
CÓDIGO UNÍVOCO*:			
FECHA DE ENTRADA AL PROGRAMA:	Internado: ☐ Ambulatorio: ☐		
SEXO: F ☐ M ☐	EDAD: AÑOS		
Nombre y apellido del familiar del paciente:.....			
Teléfono:..... Mail:.....			
DIAGNÓSTICO:			
Enfermedad psiquiátrica ☐	Detallar		
Enfermedad neurológica ☐	Detallar		
MEDICACIÓN CONCOMITANTE:			
Carbamazepina ☐	Fenitoína ☐	Valproico ☐	
Benzodiazepinas ☐	AZT ☐	Ganciclovir ☐	
Otras (especificar)			
PATOLOGÍA CONCURRENTES:			
HIV/SIDA ☐	Neoplasias ☐	Epilepsia ☐	Diabetes ☐
Otras (especificar)			
DOSIS DIARIA: mg		 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	
LUGAR Y FECHA:			

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