


RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – COLITIS ULCEROSA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

SOCIO N°: _____

DNI: _____

EDAD: _____

SEXO: F M

CATEGORÍA:

OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO
DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓN DIAG. 1 (CIE 10 optativo): _____

DESCRIPCIÓN DIAG. 2 (CIE 10 optativo): _____

ANTECEDENTES

(informar diarrea con sangre, asociadas a dolor abdominal, fiebre, tenesmo rectal, incontinencias, pérdida de peso o anorexia, manifestaciones articulares, cutáneas, oculares)

ESTADO ACTUAL

DESCRIPCIÓN (estado funcional, severidad, complicaciones, comorbilidades): _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza: colonoscopia y biopsia): _____

Adjuntar copias de informes de estudios complementarios

ESQUEMA TERAPÉUTICO PREVIO INSTITUIDO (detalle de drogas utilizadas, dosis, tiempo y respuesta - Demostrar fracaso de respuesta en terapias previas)

MEDICACIÓN	DOSIS	DESDE	HASTA	RESPUESTA
		__/__/__	__/__/__	
		__/__/__	__/__/__	

ESQUEMA TERAPÉUTICO TRATAMIENTO ACTUAL

(Indicar falta de respuesta a corticoesteroides, 6-MP, AZA justificando la utilización del agente biológico informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta. Principio activo Ley 25.649)

MEDICACIÓN	DOSIS	DESDE	HASTA	RESPUESTA
		__/__/__	__/__/__	
		__/__/__	__/__/__	
		__/__/__	__/__/__	
		__/__/__	__/__/__	

TRATAMIENTO

INICIO TRATAMIENTO: __/__/__ NOMBRE INSTITUCIÓN o MÉDICO: _____

DOMICILIO DONDE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO: _____

LUGAR Y FECHA

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE
 (especialista en Gastroenterología)



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para recibir tratamiento con medicamentos

Droga _____

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, yo _____

DNI _____, o mi tutor o representante lega _____

DNI _____ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en _____

bajo la atención profesional de Dr. _____

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

