

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – ENFERMEDAD DE CROHN

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

SOCIO Nº: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: F M CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO 

## DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓN DIAG. 1(CIE 10 optativo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ANTECEDENTES (lesión anal, fisura, absceso anal)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ESTADO ACTUAL

DESCRIPCIÓN (estado funcional, severidad, complicaciones, comorbilidades):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza: endoscopia 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 (justificación médica de la utilización del agente biológico -principio activo Ley 25.649- informando dosis utilizadas, tiempo y duración del tratamiento)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_