

Nº de Expediente (*)

DATOS DEL PACIENTE

Nº Afiliación a la Seguridad Social						
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Edad	Sexo V./M.	Edad fértil SI/NO	Es crónico SI/NO

Datos de la historia clínica

Antecedentes _____

Datos analíticos relevantes _____

Posibles alergias medicamentosas _____

Otros medicamentos administrados en la actualidad _____

Presunción de diagnóstico

Indicación para la que se solicita el medicamento

Tratamiento anteriores ensayados

1. _____

2. _____

Tratamientos alternativos

1. _____

2. _____

¿POR QUÉ NO SE EMPLEAN?

FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº COLEGIADO	FIRMA
D D M M A A		

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros
 EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE FARMACIA
 EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS
 EJEMPLAR PARA EL FACULTATIVO

