



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

División Productos de Salud

Formulario de Información Técnica para el uso de TALIDOMIDA

Fecha de la Solicitud:

--	--	--

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

--	--	--

C.I.:

Sexo: M

F

Domicilio:

Ciudad:

Departamento:

C.P.

Teléfono:

e-mail

Cobertura Médica:

I.A.M.C.

M.S.P. - A.S.S.E.:

OTRA:

Régimen de atención del paciente, al amparo del cual se le indica la Talidomida:

Institución Asistencial Pública o Privada

Atención Privada Particular

En caso de haber marcado la opción "Institución Asistencial Pública o Privada", indique el nombre de la Institución:

Atención Privada Particular

Sello y Firma de la Institución

Colab. Lab. LAZAR



Diagnóstico:

Protocolo en el marco del cual se indica la Talidomida:

Mieloma Múltiple

Colagenopatías

Neoplasmas

Enfermedad injerto vs. Huésped

Estomatitis grave recidivante

Protocolo en el marco del cual se indica la Talidomida

Método anticonceptivo habitual

**Métodos anticonceptivos
aconsejados**

1-

2-

Resumen de Historia Clínica: (Llenar
con letra de imprenta)

Tratamiento instituído: