



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:
con letra de imprenta)

(Llenar

Tratamiento instituido: