



Fecha: ____/____/____

RESUMEN DE TRATAMIENTO

PARA GESTIONAR AUTORIZACION DE PAGO EN FOPREMI

Nombre: _____ Apellido: _____

C.I.: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Peso: _____ Altura: _____ Superficie corporal: _____

Instit. De origen: _____ Médico que refiere: _____

Instit.prestadora: _____ Médico tratante: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Leucemia aguda mieloblástica: FAB: _____

De Novo: _____ Secundaria a SMD: _____ Secundaria a SMPcr: _____

Citogenética: (Fecha y resultado del estudio) _____

Estudios FISH: (Fecha y resultado del estudio) _____

Estudios moleculares: (Fecha y resultado del estudio) _____

Tipo de VVC: _____

Tratamiento inducción: (Fecha, plan y dosis recibidas)

Tratamiento reinducción: (Fecha, plan y dosis recibidas)

Tratamiento consolidación: (Fecha, plan y dosis recibidas)

Respuesta al tratamiento: _____

Complicaciones infecciosas: _____

***Adjuntar historia clínica y estudios al diagnóstico y de la evaluación post-tratamiento.**