



**OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4**

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA _____

INMUNOSUPRESIÓN POST TRASPLANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

N° DE AFILIADO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DEL TRASPLANTE: _____

ÓRGANO TRASPLANTADO: _____

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE MEDICACIÓN UTILIZADA: _____

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO: _____



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA | RNOS 0-0060-4

Bolívar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA _____

INMUNOSUPRESIÓN POST TRASPLANTE

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

- PROTOCOLO DE TRASPLANTE O CERTIFICADO DE TRASPLANTE DEL INCUCAI
- SEROLOGÍA PARA VIRUS EPSTEIN BARR (EN CASO DE CORRESPONDER)

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

ACTUALIZACIÓN SEMESTRAL

1- Resumen de Historia Clínica de seguimiento

2 - Actualización de la Información Médica

- Cambio de tratamiento
- Fecha de finalización de tratamiento
- Motivo de Discontinuación
- En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

Fundamento Diagnóstico

Pacientes con trasplante de órgano sólido que requieren tratamiento con inmunosupresión.

Fundamento terapéutico

Drogas inmunodepresoras en la etapa previa, posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoides. El uso deberá ajustarse a lo normado por la ANMAT y lo recomendado en Guías de Práctica Clínica.