

Nº de Expediente (*)

DATOS DEL PACIENTE

Nº Afiliación a la Seguridad Social

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

Tratamientos anteriores ensayados

1.

2.

Tratamientos alternativos

1.

2.

¿POR QUE NO SE EMPLEAN?

FECHA

D	D	M	M	A	A

Nº COLEGIADO

--

FIRMA

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros