

A-3

Nº de Expediente(*)

DATOS DEL PACIENTE

Nº AFILIACION 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 CLINICA

Antecedentes:

Datos analíticos relevantes:

Posibles alergias medicamentosas

Otros medicamentos administrados en la actualidad

PRESUNCION DE DIAGNOSTICO

Indicación para la que se solicita el medicamento

TRATAMIENTOS ANTERIORES ENSAYADOS

- 1.
- 2.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- 1.
- 2.

¿POR QUÉ NO SE EMPLEAN?

FECHA:

Nº DE COLEGIADO:

FIRMA:

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros