iosper
www.iosper.gov.ar

FORMULARIO PARA TRAMITES PRE/POST TRANSPLANTE

FECHA.....

APELLIDO Y NOMBRE .....
DNI .....
FECHA DE NACIMIENTO .....
TELEFONO .....
LOCALIDAD .....

FECHA DE DIAGNOSTICO –TRANSPLANTE..... .....
HISTORIA CLINICA (*por favor letra legible para no retrasar el tramite*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
****anexar laboratorios y copia de foja quirurgica del transplante***

ESQUEMA TERAPEUTICO SUGERIDO

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

(si necesita mas items por favor completar en otro formulario/dorso)

TRATAMIENTOS PREVIOS:

MOTIVO DE CAMBIO DE ESQUEMA.....

MEDICO TRATANTE .....
TELEFONO DE CONTACTO .....
MAIL .....

Contacto Iosper Dr Matias Tonnelier: matias.tonnelier@iosper.gov.ar. 0343-154744498