



Solicitud de Ingreso al PROGRAMA

LAPENAX®
CLOZAPINA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido del paciente Código único*

Teléfono Email

M F D.N.I. Paciente internado SI NO

Fecha de nacimiento Género

Institución Diagnóstico

DATOS FAMILIAR DEL PACIENTE

Nombre y apellido

Teléfono Email

OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

Fecha de inicio del tratamiento con **Lapenax®**

Fecha de entrada al Programa de Monitoreo con **Lapenax®**

Dosis diaria de **Lapenax®** mg

* El médico generará el código único del paciente que quedará registrado en la solicitud de ingreso. El mismo será construido con la inicial del primer nombre y la inicial del apellido o primer apellido (en el caso de las mujeres casadas, el apellido de soltera) más los seis dígitos correspondientes a la fecha de nacimiento. Por ej, María Rosa Pérez de González nacida el 4 de julio de 1966 será el MP040766—(Disposición 935/2000AN-MAT).



Healthcare. We Care.





Solicitud de Ingreso al PROGRAMA

LAPENAX®
CLOZAPINA

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Medicación concomitante

Carbamazepina
 Fenitoina
 Ácido Valproico
 Benzodiazepinas
 AZT
 Ganciclovir
 Otras/ Especificar

Patología concomitante

HIV/SIDA
 Diabetes
 Neoplasias
 Epilepsia
 Otras/ Especificar

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido

Nacional Provincial

Matrícula profesional

Teléfono

Celular

Email

Institución



Fecha / lugar

Firma /sello

Uso exclusivo por parte del profesional médico. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o al público en general.



Healthcare. We Care.