



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES POR TRASPLANTE**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F/M

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO

ORGANO TRASPLANTADO:

MES / AÑO DE TRASPLANTE:

INSTITUCION DONDE SE REALIZO

**ANTECEDENTES ACTUALES Y CO-MORBILIDADES**

**RESUMEN DE H.C. QUE MOTIVO AL TRASPLANTE**

**COMPLICACIONES POST TRASPLANTE**

**TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES PREVIOS**



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

Inmunosupresor (marque con una tilde)	Nuevo Tratamiento	Dosis y Frecuencia de toma
<input type="checkbox"/> Corticoides	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Azatioprina	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Ciclosporina	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Micofenolato	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Belatacept	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Sirolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Tacrolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Everolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Otro - Detallar -----	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Otro - Detallar -----	SI / NO	

**COMPLETAR ESTE RECUADRO EN CASO DE RECHAZO AGUDO VASCULAR  
TRATAMIENTO: INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA**

DOSIS DIARIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

**COMPLETAR ESTE RECUADRO EN CASO DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED AGUDA  
CORTICORRESISTENTE  
TIMOGLOBULINA (INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITO HUMANA)**

DOSIS DIARIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

.....  
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Médico