







**FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 3:** Por favor, describa los resultados de la anatomía patológica de alguna de las lesiones más características:

.....

.....

.....

Otros hallazgos de relevancia (ej. laboratorio, tomografía, etc.):

.....

.....

**El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.**

Tratamientos previos	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

**Si el paciente NO ha recibido otros tratamientos, por favor explique la razón:**

.....

.....

**Medicación que solicita actualmente**

<b>Nombre genérico</b>	<b>Presentación</b>
<b>Dosis Diaria</b>	<b>Dosis mensual:</b>
<b>Tiempo estimado de Tratamiento</b>	<b>Peso:</b>
	<b>Talla:</b>

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....  
.....

A continuación, complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

**D. TRATAMIENTO ACTUAL CICLO Nro.:**

<b>Plan Propuesto (dosis/tiempo):</b>
---------------------------------------

<b>Fundamentación médica de la medicación solicitada:</b>
---

<b>Respuesta esperada:</b>
----------------------------

Peso:..... Talla:..... Sup corporal:.....m2

**Firma**

**Sello con Matricula**

**Médico Gastroenterólogo**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Que el Dr/a....., MN..... especialista en ....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) ..... para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) ..... Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En ..... a los .....días del mes de .....de 20.....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: