

SOLICITUD SUERO EQUINO HIPERINMUNE (CoviFab®)

INSTITUCION	<input type="text"/>	NOMBRE MEDICO SOLICITANTE	<input type="text"/>
PACIENTE Nombre y Apellido	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Fecha inicio de síntomas COVID	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Fecha DIAGNOSTICO LABORATORIO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> ANTIGENO <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS	
COMORBILIDADES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad > 65 años Diabetes Hipertensión arterial Enfermedad cardiovascular Obesidad Enfermedad pulmonar crónica	Inmunodeficiencia primaria o secundaria Antecedentes de cáncer/quimioterapia Insuficiencia renal crónica Enfermedad hepática crónica	
DIAGNOSTICO:	<input type="checkbox"/> NEUMONIA POR COVID	<input type="checkbox"/> SIN OXIGENO	
	<input type="checkbox"/> OXIGENO BAJO FLUJO	<input type="checkbox"/> OXIGENO ALTO FLUJO	
Fecha internación COVID	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
PESO:	_____KG		
SE SOLICITA INDICACION DE COVIFAB- 2 DOSIS DE 4 MG/KG, SEPARADAS POR UN INTERVALO DE 48 HS			
Firma Médico solicitante _____			
FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			