

Monitoreo de fármacos empleados en el tratamiento del Síndrome de Dravet

Laboratorio de Investigación y Desarrollo de Bioactivos (LIDeB)

Facultad de Ciencias Exactas – Universidad Nacional de La Plata

Nombre y apellido del paciente.....

Lugar de residencia (ciudad, provincia).....

DNI..... Sexo..... Edad.....

Peso y altura aproximados:.....

Nombre y apellido del padre, madre o tutor.....

Teléfono..... Correo electrónico

Médico solicitante.....

Hospital o centro de salud donde atiende.....

Correo electrónico

Lab. donde se tomó la muestra.....

Ciudad:..... Provincia:

Fecha de extracción..... Hora.....

Indicar el anticoagulante utilizado.....

Completar la siguiente tabla con la medicación que habitualmente toma el/la paciente:

Fármaco	dosis (en mg)	¿Cuántas veces al día?	Forma (suspensión, inyectable)	Indicar día y hora de la última toma
Clobazam				
Estiripentol				
Canabidiol				
Otros (indicar):				

¿Se encuentra en dieta cetogénica? (tachar lo que no corresponda) **SI / NO**

Indicar cualquier otra medicación que haya recibido en los últimos 7 días (analgésicos, antibióticos, antialérgicos, medicación de rescate, etc.).....

.....

.....

Observaciones o comentarios.....

.....

Firma del padre, madre o tutor:

Número de documento: