GOBIERNO DE CHILE

PROGRAMA NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA - FORMULARIO 01
SOLICITUD DE TEST DE SUDOR

IDENTIFICACIÓN

|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_| (RUT)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Apellido paterno) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Apellido materno) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Nombre) |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_| Fono (Código-Número)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Dirección) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Comuna)

|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_| (Teléfono) Código de región - Número

|_|_| (Región) RM: anotas 13

|__| (Previsión) 1 = Fonasa 2 = Isapre 3 = Particular 4 = Otro

|__|__|__| Fecha naciimiento

LUGAR DE ORIGEN DE LA DERIVACION |__|				
1= Hospitalizado	2= Cons.Especialidad	3= Atención primaria	4= Otro	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(Nombre del establecimiento al cual es referido el paciente)

MOTIVO DE LA SOLICITUD

a) |__|__| b) |__|__|
(Anote preferentemente un motivo de derivación, y máximo dos, en orden de importancia. Use el código siguiente)

01 = SBO persistente, refractario a tratamiento
02 = Neumonía a repetición (2 o más)
03 = Edema e hiperproteinemia
04 = Prolapso rectal
05 = Diarrea crónica
06 = Pólipos nasales
07 = Desnutrición
08 = Hepatomegalia
09 = Ileo meconial
10 = Hermano de paciente con FQ

11= Otro (precisar) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DECISIÓN DEL ESPECIALISTA

|__|__| Indica hacer el Test |__|__| Indica NO hacer el test
(Llenar sólo si la decisión fue tomada por el especialista)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nombre del Solicitante

_______________________ Firma

|_|_|_|_|_|_|_|_| Fecha (dd/mm/aaaa)