



Ministerio de Salud Pública

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
*División Productos de Salud*

**Formulario de Información Técnica para el uso de TALIDOMIDA**

Fecha de la Solicitud:

--	--	--

Nombre del Paciente:


Fecha de Nacimiento:

--	--	--

Cédula de Identidad:

--

Sexo:

M

F

Domicilio:


Ciudad:

--

Departamento:

--

C.P.:

--

Teléfono:

--

e-mail:

--

**Cobertura Médica:**

I.A.M.C.:

--

M.S.P. - A.S.S.E.:

--

OTRA:

--

**Régimen de atención del paciente, al amparo del cual se le indica la Talidomida:**

Institución Asistencial Pública o Privada

Atención Privada Particular

**En caso de haber marcado la opción "Institución Asistencial Pública o Privada", indique el nombre de la Institución:**

--

Sello y Firma de la Institución

--

Colab. Lab. LAZAR



**Diagnóstico:**


**Protocolo en el marco del cual se indica la Talidomida:**

**Mieloma múltiple**

**Colagenopatías**

**Neoplasmas**

**Enfermedad injerto vs. Huésped**

**Estomatitis grave recidivante**

**Método anticonceptivo habitual**

--

**Métodos anticonceptivos aconsejados:**

1.-

--

2.-

--

**Resumen de Historia Clínica:**

*(Llenar con letra de imprenta)*

--

**Tratamiento instituido:**

--