F1

Lapenax®
Clozapina

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE MONITOREO

Pacientes tratados con Lapenax® (Clozapina)

Novartis Argentina S.A.

PACIENTE

Nombre y apellido

Dirección

Teléfono

Fecha de nacimiento

Obra Social

Sexo F ☐ M ☐ Edad ☐☐ D.N.I. Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐

FAMILIAR DEL PACIENTE

Nombre y apellido

Dirección

Localidad

Teléfono

Código postal

INSTITUCIÓN / CONTACTO (En caso de internación)

Nombre

Teléfono

Fecha de inicio del tratamiento con clozapina
(cualquier clozapina existente en el mercado) ☐☐ ☐☐ ☐☐

Fecha de entrada al programa de Monitoreo Novartis Lapenax® ☐☐ ☐☐ ☐☐

Dosis diaria ☐☐ ☐☐ ☐☐

Diagnóstico

Medicación concomitante

Carbamacepina ☐ Fenitoína ☐ Valproico ☐ Carbamacepina ☐
Benzodiazepinas ☐ AZT ☐ Ganciclovir ☐

Otras (especificar) ☐

Patología concurrente

HIV / SIDA ☐ Diabetes ☐ Neoplasias ☐ Epilepsia ☐

Otras (especificar) ☐

MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido

Matrícula profesional

Teléfono

Celular

E-mail

Institución

Firma / sello

Fecha / lugar