

FICHA EPIDEMIOLÓGICA
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS

DATOS MÍNIMOS REQUERIDOS (a cumplimentar por el médico notificante)

1^{er} Apellido: _____ 2^o Apellido: _____ Nombre: _____

Literal de la Enfermedad Rara: _____

Sexo: Femenino Masculino N^o Tarjeta sanitaria _____

DATOS ADICIONALES (a cumplimentar por el personal de enfermería y/o el trabajador social)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años (si es menor de 2 años, en meses: ____) D.N.I. _____

Domicilio actual: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Fecha 1^a consulta: ____/____/____

Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____

Antecedentes familiares: _____

Código CIE 9^o-MC (de la Enfermedad Rara): _____ Centro médico primer diagnóstico: _____

Medios diagnósticos empleados: _____

Médico asistente: _____ CIAS: _____

Centro médico donde es atendido por la Enfermedad Rara: _____ N^o Historia clínica: _____

Discapacidad: Sí No Tipo de discapacidad: _____

Otras ENFERMEDADES RARAS diagnosticadas: _____

FUENTE DE INFORMACIÓN QUE NOTIFICA EL CASO

Atención primaria Atención especializada

Registro de Enfermos Renales en Tratamiento Renal Sustitutivo de Extremadura Centro de Desarrollo Infantil

CADEX CADEX Badajoz: _____ CADEX Cáceres: _____

Farmacia hospitalaria Hospital: _____

Farmacia comunitaria Centro de salud: _____

Otras fuentes: _____

OBSERVACIONES _____

Fecha de cumplimentación: ____/____/____ Firma: _____

Personas que cumplimentan la ficha: _____

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS

Centro informante: _____

DATOS DEL MEDICAMENTO HUÉRFANO 1

Nombre del medicamento: _____

Composición cualitativa y cuantitativa: _____

DATOS DEL MEDICAMENTO HUÉRFANO 2

Nombre del medicamento: _____

Composición cualitativa y cuantitativa: _____

Indicaciones: _____

Código CIE 9 de las enfermedades indicadas: _____

Posología: _____

Duración del tratamiento: _____ Unidad/Servicio administrador: _____

Presentación: _____ Coste unitario: _____

OTROS MEDICAMENTOS (no considerados medicamentos huérfanos): _____

OBSERVACIONES: _____

Fecha de cumplimentación: ____/____/____

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: _____