

MONITOREO MENSUAL ADMINISTRACIÓN DE ACEITE DE CANNABIS

PLANILLA DE SEGUIMIENTO

Fecha de solicitud: __/__/__

a. Profesional que realiza la indicación: _____

b. Nombre del paciente: _____ DNI: _____ Edad: _____

c. Descripción completa de los tratamientos actuales concomitantes:

d. Exámenes complementarios:

e. Requiere cambio de preparado: NO SI

Su respuesta es SI:

Preparado solicitado: _____

Fundamentar su solicitud:

Su respuesta es NO:

Requiere cambio de dosis diaria: NO SI

Qué dosis diaria indica: _____ Fundamentar su solicitud: _____

