

**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: \_\_\_\_\_

---

---

---