

MONITOREO MENSUAL ADMINISTRACIÓN DE ACEITE DE CANNABIS

1º MES DE TRATAMIENTO

Fecha de solicitud: __/__/__

a. Profesional que realiza la indicación: _____ Efactor de salud: _____

b. Nombre del paciente: _____ peso: _____ kg

Fecha de nacimiento: __/__/__

DNI: _____

c. Diagnóstico: _____

d. Descripción completa de los tratamientos previos y actuales:

e. Descripción completa del cuadro clínico actual:

f. Preparado solicitado: _____

g. Dosis diaria indicada (gotas, cucharadas o mg): _____

Instrucciones de llenado

- Profesional que realiza la indicación: Indicar nombre apellido y número de matrícula. Y efector de salud donde se atiende el paciente.
- Datos del paciente: Indicar nombre apellido, peso; número de DNI y fecha de nacimiento.
- Diagnóstico: Indicar diagnóstico del paciente.
- Descripción completa de los tratamientos previos y actuales: Indicar en la primer columna (izquierda) tratamientos previos del paciente y en la segunda columna (derecha) tratamiento actual concomitante con el aceite de cannabis.

- e. Descripción completa del cuadro clínico actual: Realizar una breve anamnesis del cuadro del paciente por el cuál cree necesario la administración de cannabis medicinal.
- f. Preparado solicitado: Indicar nombre de preparado solicitado para este paciente.
- g. Dosis diaria indicada: Indicar la dosis requerida en cantidad de gotas, cucharadas o mg de cannabis aceite por día.