

**Anexo N.º 02: Formato de Solicitud/autorización del uso de 5-ALA**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>
<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>FECHA - HORA DE PRESCRIPCIÓN</b>	<b>CONCENTRACIÓN</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>
<b>CONDICIONES DE USO</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>Paciente con indicación de cirugía de resección tumoral por sospecha de glioma de alto grado</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Grupo Etario:</b>	<b>Precisar:</b>		
<b>Condición clínica del paciente para ser NO apto de recibir el medicamento*:</b>			
• Escala de Karnofsky < 60	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Función renal fuera de parámetros normales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Perfil hepático fuera de parámetros normales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Antecedentes de sensibilidad a porfirinas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Gestante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

\*De presentar alguna de las condiciones clínicas descritas, debe revalorarse si el paciente debe recibir dicho medicamento.

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

