

**SOLICITUD SUERO EQUINO HIPERINMUNE (CoviFab®)**

<b>INSTITUCION</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>NOMBRE MEDICO SOLICITANTE</b>
<b>PACIENTE Nombre y Apellido</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>DNI</b>
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Fecha de Nacimiento:</b> /    /
<b>Fecha inicio de síntomas COVID</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>Fecha DIAGNOSTICO LABORATORIO</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> ANTIGENO <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS
<b>COMORBILIDADES</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad > 65 años Diabetes Hipertensión arterial Enfermedad cardiovascular Obesidad Enfermedad pulmonar crónica	Inmunodeficiencia primaria o secundaria Antecedentes de cáncer/quimioterapia Insuficiencia renal crónica Enfermedad hepática crónica
<b>DIAGNOSTICO:</b> <input type="checkbox"/> NEUMONIA POR COVID <input type="checkbox"/> SIN OXIGENO <input type="checkbox"/> OXIGENO BAJO FLUJO <input type="checkbox"/> OXIGENO ALTO FLUJO		
<b>Fecha internación COVID</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>PESO: _____KG</b>		
<b>SE SOLICITA INDICACION DE COVIFAB- 2 DOSIS DE 4 MG/KG, SEPARADAS POR UN INTERVALO DE 48 HS</b>		
<b>Firma Médico solicitante</b> _____		
<b>FECHA:</b>		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		