

Planilla para evaluar Fibrosis Quística del Páncreas

Nombre y Apellido del paciente:

DNI: **Fecha de Diagnóstico**/...../.....

DIAGNÓSTICO

Test de Sudor	1-	2-
Estudio Genético		
Potencial de Membrana		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Puntaje de Shwachman	
Rx de Torax	
TAC de Tórax	
Espirometría	
Saturometría	
Cultivo de Secreciones	
Prueba de la función pancreática exócrina	

Fecha:/...../.....

.....
Firma y sello del médico especialista

Este certificado debe ser completado por UN ESPECIALISTA con letra clara y en forma completa.

TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.