



Formulario para solicitar una DONACIÓN DE CONCENTRADO DE FACTOR

Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año

Esta es una solicitud hecha por un(a):

- Paciente individual Sociedad de hemofilia nacional/local Médico/centro de tratamiento

Datos sobre el paciente

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento: (mes/día/año):
Dirección:		
		País:
Teléfono:	Fax:	Correo-el:
Género: macho o hembra		
Deficiencia de factor:	VonWillebrand:	Severidad:
Peso del paciente: _____ Kg o lbs. (marque con un círculo)		¿El paciente tiene un inhibidor?
¿Puede el paciente almacenar, mezclar e infundir el factor en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Persona que hace la solicitud

Nombre de la persona que solicita el factor para el paciente:		
Parentesco con el paciente:		
Dirección:		
		País:
Teléfono:	Fax:	Correo-el:
¿Ha solicitado factor a otra organización para este sangrado? Favor haga una lista:		

Datos sobre el médico tratante

Nombre del médico:	¿Este médico es hematólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del hospital:		
Dirección del hospital:		
		País:
Teléfono del médico:	Fax del médico:	Correo-e del médico:

Modo de envío

Enviar factor a: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Sociedad de hemofilia	Enviar por: <input type="checkbox"/> Fed Ex <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--

Información médica

Actualmente, ¿con qué está recibiendo tratamiento el paciente para esta solicitud?

PFC Crío Concentrado de factor Otro _____

Favor clasifique esta solicitud. Marque **una** de las casillas de abajo:

Emergencia: Peligro de muerte Compromiso de miembros Cirugía

Naturaleza de la emergencia

Marque la parte del cuerpo y haga un círculo en la ubicación del sangrado →

- Sangrado en la cabeza Sangrado GI Sangrado abdominal
 Sangrado en el SNC Otro _____

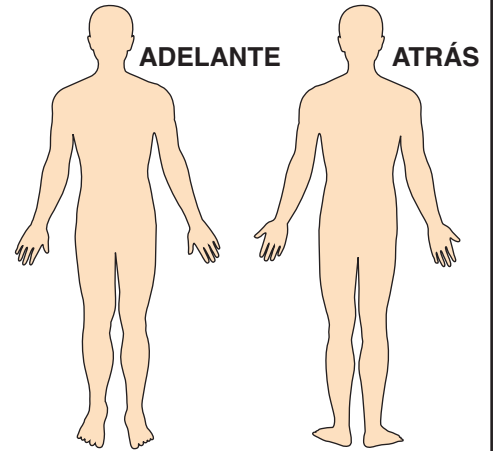
No-emergencia: Cirugía Sangrado particular

a. Parte del cuerpo: _____

b. Haga un círculo en la ubicación del sangrado →

- Prevención/a demanda
 Envío de un gran volumen para campamentos
(solicitar al menos con 3 meses de anticipación)
 Reservas de emergencia (solo asociaciones de hemofilia y centros de tratamiento)
 Otro: _____

Haga un círculo en la ubicación del sangrado



Tipo de concentrado de factor solicitado: VIII IX Otro _____

Se necesitan frascos de: 250 UI _____ 500 UI _____ 1000 UI _____

Total de UI necesitadas: _____

¿Su sociedad de hemofilia es miembro de la Federación Mundial de Hemofilia? Sí No

Declaro que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Tomo plena responsabilidad de garantizar que este medicamento se use solo para el paciente y para la condición medica arriba descrita. Llenaré y enviaré a LA Kelley Communications, Inc. los documentos conforme lo estipula su Política de Donación de Factor.

X	
Firma del paciente/miembro de la familia (REQUERIDO)	Nombre en letras mayúsculas (favor escribir CLARAMENTE)
X	
Firma del Secretario General o Presidente, Asociación Nacional de Hemofilia (REQUERIDO)	Nombre en letras mayúsculas (favor escribir CLARAMENTE)
X	
Firma del médico tratante que aparece en página uno (REQUERIDO)	Nombre en letras mayúsculas (favor escribir CLARAMENTE)

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD: LA Kelley Communications, Inc. está proporcionando esta donación de concentrados de factor únicamente para el paciente arriba mencionado y en respuesta a la solicitud de dicho paciente. La única función de LA Kelley Communications, Inc. en este proceso es ayudar enviando el factor donado al paciente nombrado que solicita dicho factor. Los concentrados de factor donados deben usarse únicamente como lo indica el fabricante y solo para el tratamiento de un sangrado prolongado debido a la condición médica de hemofilia o de la enfermedad de von Willebrand. El factor no está destinado para la reventa o para usos no indicados por el fabricante y se pone a disposición para ayudar a controlar el sangrado del paciente arriba identificado. LA Kelley Communications, Inc. no se hace responsable por productos perdidos, robados, o extraviados o por la fabricación del producto. LA Kelley Communications, Inc. no se hace responsable del estado del producto ni de su idoneidad. LA Kelley Communications, Inc. no garantiza poder donar mas producto después que la donación indicada haya sido enviada. El fabricante del producto podría no estar informado acerca de este envío.