



## NIVELES DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES

Fecha: DD MM AAAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Género: F  M

Tipo de identificación: C.C.  C.E.  T.I.  No. de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Tipo de transplante o diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de transplante: DD MM AAAA

### MEDICAMENTO INMUNOSUPRESOR:

Ciclosporina  Tacrolimus  Everolimus  Sirolimus

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Muestra tomada por: \_\_\_\_\_ Fecha de toma de muestra: DD MM AAAA

Fecha de última dosis: DD MM AAAA Hora de última dosis: HH:MM