



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

Corrientes/Resistencia,de.....de

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E.

Dra. Rocío Cardozo

S _____ / _____ D:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quién corresponda a fin de solicitar la cobertura de los medicamentos que me fueron prescritos, conforme al Formulario de prescripción de múltiples psicofármacos e historia clínica que acompaño.

Sin otro particular, le saludo muy atentamente.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI

.....

Facultad o Instituto

.....

Teléfono

.....

Correo electrónico



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MÚLTIPLES PSICOFÁRMACOS U OTROS FÁRMACOS DE ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Nombre y apellido del afiliado:..... Edad:.....

Este formulario **será utilizado si se prescribe al afiliado en forma simultánea** una benzodiacepina (BZD), y/o 2 antidepresivos, y/o 2 antipsicóticos, y/o 2 o más anticonvulsivantes y/u otros agentes con capacidad de acción sobre el sistema nervioso central.
El mismo será evaluado por **Auditoría de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina**, previa presentación de una historia clínica, que debe contar con todos los datos siguientes:

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS. COMPLETE CON LETRA LEGIBLE

a) Breve descripción del cuadro clínico psicopatológico
b) Objetivos terapéuticos trazados: Especifique: <i>¿qué aspectos o síntomas evaluará para determinar que su paciente está respondiendo al tratamiento?</i>
c) Tiempo estipulado de tratamiento farmacológico en el que Usted piensa alcanzar sus objetivos terapéuticos.
d) ¿Indicó tratamiento psicoterapéutico a su paciente?: Si No
e) Adjunte fotocopia de estudios complementarios si los tuviere

IMPORTANTE: Sr. Médico prescriptor:

- El afiliado podrá retirar **un solo envase por mes** de psicofármacos ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos.
- Si Usted prescribe un psicofármaco, cuya presentación comercial no cubra el tratamiento mensual, el afiliado podrá retirar como máximo hasta 2 (dos) envases por mes.
- Los análogos a las Benzodiacepinas (Fármacos Z: Zolpidem, Zopiclona, Eszopiclona), y Gabapentina y Pregabalina podrán ser prescritos en forma simultánea con las Benzodiacepinas.



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MULTIPLES PSICOFARMACOS U OTROS FARMACOS DE ACCION SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Medicamentos solicitados				
Nombre genérico	Presentación comercial	Dosis diaria prescrita	Cantidad de envases por mes	Diagnóstico según DMS- IV/ CIE10
BZD				
ANTIDEPRESIVO				
ANTIDEPRESIVO				
ANTIPSICÒTICO				
ANTIPSICÒTICO				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
Otros fármacos de acción sobre el SNC prescritos				

Firma y sello del médico prescriptor

Dirección:..... Teléfono:.....

Reservado Cátedra de Farmacología:

.....

Corrientes,

.....de.....de.....