

Corrientes/Resistencia, .....de ..... de .....

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE

Méd. Raúl Andrés Duarte

S \_\_\_\_ / \_\_\_\_ D:

El/ La que suscribe.....  
DNI N°.....Agente de la Facultad/Instituto.....  
Antigüedad..... se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de  
solicitar la cobertura de el/los medicamento/s que fueron prescritos a mi familiar a cargo,  
..... DNI. N°.....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

**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**

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

**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.

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

<b>Medicamentos solicitados</b>				
<b>Nombre genérico</b>	<b>Presentación comercial</b>	<b>Dosis diaria prescripta</b>	<b>Cantidad de envases por mes</b>	<b>Diagnóstico según DMS- IV/ CIE10</b>
<b>BZD</b>				
<b>ANTIDEPRESIVO</b>				
<b>ANTIDEPRESIVO</b>				
<b>ANTIPSICÓTICO</b>				
<b>ANTIPSICÓTICO</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>Otros fármacos de acción sobre el SNC prescriptos</b>				

**Firma y sello del médico prescriptor**

**Dirección:..... Teléfono:.....**

**Reservado Cátedra de Farmacología: .....**

.....

**Corrientes, .....de.....de.....**