

Corrientes/Resistencia,de de

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE

Méd. Raúl Andrés Duarte

S ____ / ____ D:

El suscribe que

Sr/Sra..... DNI. N°.....tiene el agrado de dirigirse a usted y por su intermedio a quién corresponda a fin de solicitar la cobertura de los medicamentos que me fueron prescriptos, 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 MULTIPLES PSICOFARMACOS 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 benzodiazepina (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 Benzodiazepinas (Fármacos Z: Zolpidem, Zopiclona, Eszopiclona), y Gabapentina y Pregabalina podrán ser prescritos en forma simultánea con las Benzodiazepinas.

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				
ANTIPSICÓTICO				
ANTIPSICÓTICO				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
ANTICONVULSIVANTE				
Otros fármacos de acción sobre el SNC prescriptos				

Firma y sello del médico prescriptor

Dirección:..... Teléfono:.....

Reservado Cátedra de Farmacología:
.....
Corrientes,de.....de.....