

PLAN TERAPÉUTICO (FAMILIAR)

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

TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE

Méd. Raúl Andrés Duarte S ____ /

____ D:

Me dirijo a usted y por su intermedio a quién corresponda a fin de solicitar autorice al personal del Servicio Propio de Farmacia a dispensar los medicamentos conforme a Plan Terapéutico e Historia clínica que acompaño para familiar a cargo

Sin otro particular, saludo atentamente.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI

.....

Facultad o Instituto

.....

Domicilio

.....

Teléfono

.....

Correo Electrónico

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PLAN DE TRATAMIENTO PROLONGADO

Fecha:.....

Nombre y Apellido del Afiliado:Edad:.....

Diagnóstico/s presuntivo/s o de certeza

Resultados de exámenes complementarios que considere importante citar

Tratamientos previos recibidos, sus respuestas y efectos adversos si los hubiere

IMPORTANTE:

- COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE TODOS LOS ITEMS SOLICITADOS**
- NO INCLUIR MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PSICOTRÓPICOS**

SI SE REQUIERE UNA MARCA EN PARTICULAR, JUSTIFICAR LA BASE CIENTÍFICA DEL PEDIDO

PLAN TERAPEÚTICO

La prescripción debe realizarse de acuerdo a la Ley N° 25649 de prescripción por nombre genérico.

| Nombre Genérico | Nombre Comercial Sugerido | Forma Farmacéutica y dosis de presentación (Ej: 5 mg. comp x 30, jarabe x 120ml, etc) | Dosis Diaria Indicada (Ej: 5mg/d) | Cantidad de envases por mes |
|-----------------|---------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma y sello del Profesional Prescriptor

.....

Reservado Asesoría Médica – Cátedra de Farmacología – Facultad de Medicina

Lugar y fecha: