



**PLAN TERAPÉUTICO  
(TITULAR)**

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

**TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO**

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

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 al Plan Terapéutico e Historia clínica que acompaño

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: .....