

## 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

Año de la Reconstrucción de la Nación Argentina

## 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.**

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

**Firma y sello del Profesional Prescriptor**

.....

**Reservado Asesoría Médica – Cátedra de Farmacología – Facultad de Medicina**

**Lugar y fecha:** .....