

PRESCRIPCIÓN DE RECETAS PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS



Programa Federal
Incluir Salud
UGP Santiago del Estero

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I. N°	EDAD
DATOS DEL PROFESIONAL	M.P.	FECHA

DIAGNÓSTICO-CIE 10

--

MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (Marcar (x) la opción correcta)				
			① Única vez	② 30 días	③ 60 días	④ 90 días	⑤ 180 días
			①	②	③	④	⑤
			①	②	③	④	⑤
			①	②	③	④	⑤
			①	②	③	④	⑤
			①	②	③	④	⑤
			①	②	③	④	⑤

HISTORIA CLÍNICA Y FUNDAMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO

ALTURA:

PESO:

SUPERFICIE CORPORAL:

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO:

NÚMERO TOTAL DE CICLOS:

FRECUENCIA DE LOS CICLOS:

TIEMPO DE TRATAMIENTO:

FIRMA y SELLO PROFESIONAL

FIRMA y SELLO AUDITOR INCLUIR SALUD

Fecha:..... / / 20.....

Fecha:..... / / 20.....

De acuerdo a la normativa vigente, en caso de recetas por duplicado o triplicado, para poder efectuar el retiro de los medicamentos, las mismas deben ser presentadas en la Farmacia correspondiente.



RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

TERAPIAS PREVIAS

CIRUGÍA:
QUIMIOTERAPIA:
HORMONOTERAPIA:
INMUNOTERAPIA:
RADIOTERAPIA:
DIALISIS:

FECHA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTERIOR

FIRMA y SELLO PROFESIONAL

FIRMA y SELLO AUDITOR INCLUIR SALUD

Fecha:..... / / 20.....

Fecha:..... / / 20.....