



FR220

**RECETARIO EXCLUSIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES
INMUNOSUPRESION POST TRASPLANTE (Resolución 731/23)**

1. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ TEL: _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA ACTUAL:...../...../..... E-MAIL: _____

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA

PATOLOGÍA: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y/U OTROS QUE JUSTIFIQUEN EL FUNDAMENTO TERAPÉUTICO):

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA:...../...../..... PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS: _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO CON TECNOLOGÍA DE ALTO COSTO:...../...../.....

RESPUESTA OBTENIDA: _____

PROGRESIÓN Y/O CAMBIO DE TRATAMIENTO (ESPECIFIQUE): _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO Y MOTIVO:...../...../.....; _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (VALORES EN CASO DE CORRESPONDER):

PROTOCOLO O CERTIFICADO DE TRASPLANTE DEL INCUCAI:

SEROLOGÍA PARA VIRUS EPSTEIN BARR:

3. PRESCRIPCIÓN ACTUAL:

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	MG/DÍA	CANTIDAD DE ENVASES
Rp1)		
Rp2)		
Rp3)		
Rp4)		

FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA PRESCRIPTOR

AUTORIZACIÓN MÉDICO AUDITOR

**LA PRESENTE RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LOS INFORMES DE ESTUDIOS RESPALDATORIOS
(ANATOMÍA PATOLÓGICA, RMN, TAC, ORGANO TRASPLANTADO Y/O HEMOGRAMA, OTROS, SI CORRESPONDIERE, ETC)**

OBSERVACIONES DE AUDITORÍA MÉDICA:

