

# BANCO DE DROGAS DE O.S.P.S.A. CENTRAL

## SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

(A completar en letra imprenta por el médico tratante)

FORMULARIO -1-

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_ Estadio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico histopatológico: \_\_\_\_\_

### RESUMEN DE DATOS CLÍNICOS Y ANTECEDENTES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PLAN DE TRATAMIENTO PROGRAMADO

Cantidad total de ciclos/meses: \_\_\_\_\_ Nº de ciclo actual: \_\_\_\_\_

Intervalos interciclos: \_\_\_\_\_ Días con internación: \_\_\_\_\_ Si/No: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Altura: \_\_\_\_\_ Cm. Superficie corporal: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>

### PROTOCOLO DE DROGAS A SUMINISTRAR

Monodroga (no nombre comercial)	Dosis Mg / M <sup>2</sup> o / Día	Vía	Días	Fecha estimada de tratamiento
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	...../...../.....
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### INFORME DE EVOLUCIÓN RESPECTO DEL CICLO ANTERIO Y/U OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datos del médico solicitante: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Teléfono consultorio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

*Este formulario debe acompañarse con la receta original de médico.*

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

\_\_\_\_\_  
Médico tratante



**PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS**

LUGAR Y FECHA PRESCRIPCION

APELLIDO Y NOMBRE

Nº BENEFICIARIO:  
(cuil titular / orden parentesco)

DNI:

EDAD:

SEXO F   
M

DIAGNOSTICO

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	NOMBRE COMERCIAL Y PRESENTACION <small>(completar sólo si es necesario)</small>	DOSIS	TOMAS	DIAS x
		x TOMA	x DIA	SEMANA
Rp./1				
Rp./2				
Rp./3				
Rp./4				
Rp./5				

Firma y Sello Médico Especialista Tratante

Firma y Sello Médico Auditor O.Social

Firma y Sello Farmacia

Firma Paciente (ó tercero interviniente)

ACLARACION:

FECHA DE DISPENSA:

DNI: