



Recetario de Medicación en situaciones especiales

Fecha _____

1. Paciente

Apellido y Nombre _____ Fecha de nac. _____ Femenino Masculino

DNI LE LC CI Otro N° _____ Edad _____ años Peso _____ kg Talla _____ cms IMC _____

Dirección _____ Loc. _____ Pdo. _____

Obra Social _____ N° Afiliado _____ Teléfono _____

2. Centro

de Trasplante _____

Tipo de tx _____ Fecha _____ N° de Tx _____

de Seguimiento _____

3. Inmunosupresor

Tratamiento de Inicio: Inducción Rechazo Otro: _____

Tratamiento continuidad: Si No

Código FTC	Medicamento (Nombre Genérico)	Presentación farmacéutica	Dosis diaria	Tiempo (días)	Problema de salud (código)

4. Otros medicamentos

Código FTC	Medicamento (Nombre Genérico)	Presentación farmacéutica	Dosis diaria	Tiempo (días)	Problema de salud (código)

5. Datos de inicio y monitoreo

Fecha de inicio/control _____

Filtrado Renal: _____ ml/min TGO: _____ TGP: _____

Rto de bcos: _____ N: _____ % L: _____ %

Prot. Total: _____

Tratamiento:

- Empírico
 Dirigido

Hto: _____ Hb: _____ Rto. Plaq: _____ CD3: _____

Albúmina: _____

Bacteriología Antigenemia Micológico Identificación _____

Creatina Plasmática: _____ mg/dl

Otro dato de interés: _____

Urea Plasmática: _____ g/l

Instructivo

Todos los items deben estar completos

1. Paciente:

Completar con nombre completo, domicilio real y constituido

2. Centro:

Completar con el nombre de la institución donde se realizó el transplante y donde se realiza el seguimiento, tipo de transplante, fecha y número del mismo.

3. Inmunosupresores:

Especificar si el tratamiento inicia por *inducción*, *rechazo* u otra causa; y si el mismo es continuidad o no.

El cuadro debe completarse de la siguiente manera:

"Nombre Genérico", es el nombre del fármaco o principio activo. Deberá aparecer con el n° correspondiente al Formulario Terapéutico CUCAIBA.

En el campo de "Presentación farmacéutica" deberá figurar la dosis X unidad correspondiente.

"Dosis diaria" completar con la cantidad de mg diarios indicados.

El "Tiempo" se refiere a la cantidad de días que durará el tratamiento.

En el casillero "Problema de salud" deberá a figurar el n° correspondiente dentro del listado del Código de Diagnóstico de CUCAIBA.

Ejemplos:

Código FTC	Nombre Genérico	Presentación farmacéutica	Dosis diaria	Tiempo (días)	Problema de salud (código)
7.18.100	VORICONAZOL	200 mg X 10 comp.	400 mg	15	B44

4. Otros medicamentos:

Se completa de igual manera q el anterior.

5. Datos de inicio y monitoreo:

Completar con los datos específicos al monitoreo.

Datos de Dispensación

Código FTC	Total Entregado	Período de Tiempo Estimado
		para días

Fecha _____

Farmacéutico
(firma y sello)

Datos del que retira

Apellido y Nombre _____ DNI LE LC CI Otro Doc. Nro _____

Dirección _____ Localidad _____ Teléfono _____

Firma Paciente o Tercero