



Recetario de Inmunosupresores

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. Esquema Inmunosupresor

(total de comprimidos diarios)

14.03.11	Azatioprina Dosis diaria					50mg	100mg
14.03.21	Ciclosporina Dosis diaria		10mg	25mg	50mg	100mg	Sol. bebible
14.03.32	Everolimus Dosis diaria				0,25mg	0,50mg	0,75mg
14.03.12	Micof. Mof. Dosis día					250mg	500mg
14.03.13	Micof. Sod. Dosis diaria					180mg	360mg
09.12.40	Metilprednisona Dosis diaria				4mg	8mg	40mg
14.03.31	Sirolimus Dosis día				0,5mg	1mg	2mg
14.03.22	Tacrolimus Dosis día				0,5mg	1mg	5mg
14.03.22	Tacrolimus XL Dosis día				1mg	3mg	5mg

Médico prescriptor
(firma y sello)

Instructivo

Todos los ítems deben estar completos

1. Paciente:

Completar con nombre completo, domicilio real y constituido

2. Centro de Transplante:

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. Esquema Inmunosupresores:

Completar en "*Dosis Diaria*" la cantidad de *mg* indicados para su utilización en un día.

El campo "...mg" se debe completar con la cantidad de comprimidos diarios de cada presentación que utilizará.

Ejemplos:

14.03.12	Micof. Mof. Dosis día 2000 mg					250mg	500mg
							4
14.03.21	Ciclosporina Dosis diaria 200 mg		10mg	25mg	50mg	100mg	Sol. bebible
							2 ml

Datos de Dispensación

Fecha ____

Código FTC	Total Entregado	Período de Tiempo Estimado
14.03.11		para días
14.03.21		para días
14.03.32		para días
14.03.12		para días
14.03.13		para días
09.12.40		para días
14.03.31		para días
14.03.22		para días

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