

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.

4. Medicación general

La "Medicación General" contempla el tratamiento y/o prevención de comorbilidades asociadas al transplante. "Nombre Genérico", es el nombre del fármaco o principio activo. Donde dice "Código FTC" deberá completarse con el N° correspondiente del Formulario Terapéutico CUCAIBA.

En el campo de "Presentación farmacéutica" deberá figurar la dosis por 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 figurar el N° correspondiente dentro del listados de Código de Diagnóstico de CUCAIBA.

Ejemplos:

Código FTC	Nombre Genérico		Dosis diaria	Tiempo (días)	Problema de salud (código)
5.2.40	RANITIDINA	150mg. compr.	300mg.	30	K.30
4.1.70	PARACETAMOL	500mg. compr.	2000mg.	10	R.51

Datos de Dispensación

Fecha _____

Ejemplo:

Código FTC	Total Entregado	Período de Tiempo Estimado
		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