



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

Médico prescriptor  
(firma y sello)

# Instructivo

Todos los items 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	<b>Micof. Mof.</b>					250mg	500mg
	Dosis día 2000 mg						4
14.03.21	<b>Ciclosporina</b>		10mg	25mg	50mg	100mg	Sol. bebible
	Dosis diaria 200 mg						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