

## PRESCRIPCIÓN PATOLOGÍAS ESPECIALES

### Datos del paciente

|                   |          |                                   |        |        |       |
|-------------------|----------|-----------------------------------|--------|--------|-------|
| Apellido y nombre |          |                                   |        |        |       |
| Tipo y N° Doc     | N° IOSFA | Edad                              | Sexo   | Altura | Peso  |
| Calle             |          |                                   | N°     | Piso   | Dpto. |
| Localidad         |          | Provincia                         |        | C.P.   |       |
| Tel.              | Celular  |                                   | E-mail |        |       |
| Delegación        |          | Institución en la que es asistido |        |        |       |

### Datos del profesional

|                   |  |             |        |      |       |
|-------------------|--|-------------|--------|------|-------|
| Apellido y nombre |  |             |        |      |       |
| Tipo y N° Doc     |  | M.N.        |        | M.P. |       |
| Calle             |  |             | N°     | Piso | Dpto. |
| Localidad         |  | Provincia   |        | C.P. |       |
| Tel. de contacto  |  |             | E-mail |      |       |
| Especialidad      |  | Institución |        |      |       |

### Descripción del tratamiento

|   |                     |
|---|---------------------|
| Diagnóstico principal (Código OMS)                                      |                     |
|   |                     |
| Fecha comienzo tratamiento  | Duración (en meses) |
| Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> |                     |

|       | Monodroga | Presentación en miligramos | Dosis diaria | Envases mensuales |
|-------|-----------|----------------------------|--------------|-------------------|
| Rp/1) |           |                            |              |                   |
| Rp/2) |           |                            |              |                   |
| Rp/3) |           |                            |              |                   |
| Rp/4) |           |                            |              |                   |
| Rp/5) |           |                            |              |                   |

Lugar y fecha de prescripción

Firma y sello del Profesional

**Resumen de Historia Clínica (Justificación del tratamiento)**

**Documentación adjunta**

**Modificación del tratamiento inicial por médico tratante**

| Toxicidad | Recaída | Otros |
|-----------|---------|-------|
| a)        | Fecha   |       |
| b)        | Fecha   |       |
| c)        | Fecha   |       |

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Profesional*