

**SOLICITUD MEDICAMENTOS USO RESTRINGIDO**  
(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

RUT o Ficha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Serv. Clínico: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Creatinina sérica: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	presentación farmacéutica	dosis y vía administración	duración tratamiento (días)

Fundamentación clínica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para Antibióticos Uso Restringido indicar cultivo, germen aislado, sensibilidad antibiograma:

Cultivo/muestra : \_\_\_\_\_ (urocultivo – hemocult- cult.secr.bronq. –coprocul. etc)

Fecha toma de muestra: \_\_\_\_\_

Germen (es) identificado(s): \_\_\_\_\_

ATB sensibles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico tratante  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Medico Jefe Unidad Clínica  
(Nombre, firma)

fecha autorización: \_\_\_\_\_

OBSERV FARMACIA ASISTENCIAL (M dispensado, cantidad disp. , modific. , indicaciones etc)

**SOLICITUD MEDICAMENTOS USO RESTRINGIDO**  
(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

RUT o Ficha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Serv. Clínico: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Creatinina sérica: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	presentación farmacéutica	dosis y vía administración	duración tratamiento (días)

Fundamentación clínica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para Antibióticos Uso Restringido indicar cultivo, germen aislado, sensibilidad antibiograma:  
Cultivo/muestra : \_\_\_\_\_ (urocultivo – hemocult- cult.secr.bronq. –coprocul. etc)  
Fecha toma de muestra: \_\_\_\_\_  
Germen (es) identificado(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ATB sensibles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico tratante  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Medico Jefe Unidad Clínica  
(Nombre, firma)

fecha autorización: \_\_\_\_\_

OBSERV FARMACIA ASISTENCIAL (M dispensado, cantidad disp. , modific. , indicaciones etc)

**SOLICITUD MEDICAMENTOS USO RESTRINGIDO**  
(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

RUT o Ficha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Serv. Clínico: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Creatinina sérica: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	presentación farmacéutica	dosis y vía administración	duración tratamiento (días)

Fundamentación clínica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para Antibióticos Uso Restringido indicar cultivo, germen aislado, sensibilidad antibiograma:  
Cultivo/muestra : \_\_\_\_\_ (urocultivo – hemocult- cult.secr.bronq. –coprocul. etc)  
Fecha toma de muestra: \_\_\_\_\_  
Germen (es) identificado(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ATB sensibles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico tratante  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Medico Jefe Unidad Clínica  
(Nombre, firma)

fecha autorización: \_\_\_\_\_

OBSERV FARMACIA ASISTENCIAL (M dispensado, cantidad disp. , modific. , indicaciones etc)

**SOLICITUD MEDICAMENTOS USO RESTRINGIDO**  
(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

RUT o Ficha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Serv. Clínico: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Creatinina sérica: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	presentación farmacéutica	dosis y vía administración	duración tratamiento (días)

Fundamentación clínica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para Antibióticos Uso Restringido indicar cultivo, germen aislado, sensibilidad antibiograma:

Cultivo/muestra : \_\_\_\_\_ (urocultivo – hemocult- cult.secr.bronq. –coprocul. etc)

Fecha toma de muestra: \_\_\_\_\_

Germen (es) identificado(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ATB sensibles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico tratante  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Medico Jefe Unidad Clínica  
(Nombre, firma)

fecha autorización: \_\_\_\_\_

OBSERV FARMACIA ASISTENCIAL (M dispensado, cantidad disp. , modific. , indicaciones etc)