

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)