

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PRE Y POST TRASPLANTE PULMONAR

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre de la paciente _____ C.I. _____

MÉDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

MEDICAMENTO:

Pre trasplante:

Medicamento	Cantidad administrada	Período de administración, desde	Período de administración, hasta
*	**		
*	**		
*	**		

*Medicamento pre trasplante:

TREPROSTINIL 1 MG/ML/AMP
TREPROSTINIL 2,5 MG/ML/AMP
TREPROSTINIL 5 MG/ML/AMP
TREPROSTINIL 10 MG/ML/AMP

**0 a 99

MEDICAMENTO:

Post trasplante:

Medicamento	Cantidad administrada	Período de administración, desde	Período de administración, hasta
*	**		
*	**		
*	**		

*Medicamentos post trasplante:

ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 50MG/AMP
COLISTINA 1 MUI/AMP
COLISTINA 2 MUI/AMP
COLISTINA 100 MG/AMP
FOSCARNET 24 MG/ML *500 ML
VORICONAZOL 200 MG/COMP
VORICONAZOL 200 MG/AMP
ISAVUCONAZOL 100MG/COMP
ISAVUCONAZOL 200MG/AMP

**0 a 999

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA