

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PRE Y POST TRASPLANTE PULMONAR

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre de la paciente _____ C.I. _____

MÉDICO SOLICITANTE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Paciente internado: ☐ No ☐ Si Fecha de ingreso de internación: __/__/__

MEDICAMENTO:

Pre trasplante:

Medicamento	Cantidad solicitada	Período solicitado	Cantidad autorizada	Período autorizado
*	**	***	**	***
*	**	***	**	***
*	**	***	**	***

*Medicamentos 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

***1 a 30

MEDICAMENTO:

Post trasplante:

Medicamento	Cantidad solicitada	Período solicitado (días)	Cantidad autorizada	Período autorizado (días)
*	**	***	**	***
*	**	***	**	***
*	**	***	**	***

*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

***1 a 30

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: