



Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Servicio de Farmacia

Farmacoterapéutica



SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO

RITUXIMAB

Planilla + Resumen de historia clínica + Receta.

ADJUNTAR NEGATIVA COMO PATOLOGÍA NO CUBIERTA Y/O EN AUDITORIA

Sin existencia en Farmacia de Programas de salud/ambulatoria

Firma de responsable del sector

**SE AUTORIZA SOLO A PACIENTES REFRACTARIOS A OTROS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LINEA.
EXCLUYENTE AGREGAR TRATAMIENTOS PREVIOS.**

PACIENTE:

Fecha ___/___/___

Nombre _____ Sala _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ DNI _____ Obra Social y Nº afiliado _____

Peso del paciente: _____ Kg Posología: _____ mg _____ cada ___ días.

Superficie corporal (si corresponde): _____ m²



Única vez

Dosis total del tratamiento: _____ g

Tratamiento previo: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN (marque con una cruz):

- PTI
- ANEMIA HEMOLITICA
- ENCEFALITIS AUTOINMUNE
- MIASTENIA GRAVIS
- PENFIGO
- MIOPATIAS
- LUPUS
- OTROS _____

MEDICO/A:

Firma y sello Médico/a tratante

Servicio _____ Teléfono de Contacto _____

Firma y sello Medico/a Especialista

Servicio _____ Teléfono de Contacto _____ Fecha ___/___/___

Presentar la solicitud días hábiles en Unidad de Farmacoterapéutica de 9 a 13hs int.5629 (Subsuelo C).
Se debe aguardar autorización de la Unidad de Farmacoterapéutica para su dispensa