



# 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.  
☐ Única vez

Superficie corporal (si corresponde): \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Dosis total del tratamiento: \_\_\_\_\_ g

Tratamiento previo: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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