

ACLARACIONES PREVIAS - TOPES (únicamente para Internación domiciliaria y Atención en domicilio):

- Perfus: Uno (1) cada tres (3) días.
- Llave de tres vías: Una (1) cada tres (3) días.
- Prolongados : Uno (1) cada tres (3) días.
- Abocat: Uno (1) cada tres (3) días.
- Jeringas con agujas: Dos (2) unidades por día.
- Guantes: Un (1) par por turno.
- Cánula N202 o máscara de nebulizar: Una (1) por internación.
- Suero fisiológico 500 ml./0,9%: Máx. Cuatro (4) por día.
- Solución fisiológica 100 ml./para ATB: según posología.
- Bolsa de orina: Una (1) cada diez (10) días..

Datos del/de la paciente

Apellido y nombre: DNI:

PESCRIPCIÓN

Fecha de prescripción:/...../..... Diagnóstico:

Lugar de internación: (domicilio)

Periodo: Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

MEDICACIÓN

Monodroga	Posología o dosis	Vía de Adm.			ATB - Fecha del tratamiento		Cantidad solicitada	Cantidad autorizada
		VO	VE	SC	Inicio	Fin		
Rp1								
Rp2								
Rp3								
Rp4								
Rp5								
Rp6								
Rp7								
Rp8								

MATERIAL DESCARTABLE

Descripción	Cantidad solicitada	Cantidad autorizada
Rp1		
Rp2		
Rp3		
Rp4		
Rp5		
Rp6		
Rp7		
Rp8		

SOLUCIONES PARENTALES

Descripción	Cantidad solicitada	Cantidad autorizada
Rp1 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp2 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp3 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp4 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp5 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp6 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp7 <i>(dosis diaria)</i>		
Rp8 <i>(dosis diaria)</i>		

Observaciones:

.....

.....

.....

Médico/a tratante

Certifico que la medicación prescrita corresponde al/a la paciente.

San Juan, de de 20.....

.....
firma y sello del/de la Médico/a

AUDITORÍA MÉDICA

Certifico autorización.

San Juan, de de 20.....

.....
firma y sello de Auditoría Médica

Conformidad de la entrega

Recibe: Afiliado/a 3er Interviniente

San Juan, de de 20.....

.....
firma, aclaración y DNI