

01 Código de CAPS	02 Mes y año informado	03 Consultas	04 Recetas R enviadas	05 R ^{TP} enviadas	15 día mes año	16 Firma y aclaración del Responsable del Centro	17 Tipo y Número de Documento

[07 + 08 + 09] [-] [10 + 11 + 12 + 13] [=]
Resultado

06 Código / Medicamento	07 Stock inicial	08 Unidades recibidas		10 Unidades entreg.	12 Otras salidas			14 Stock final (físico)
		C.S.L	Clearing		Clearing	No apto	Otras	
802 Aciclovir / Comp. 400 mg								
117 Ácido Fólico / Comp. 1 mg								
099 Ácido Fusídico / Cr. dérmica 2%								
001 Ácido Valproico / Jbe. 250 mg / 5ml								
803 Allopurinol / Comp. 300 mg								
002 Amiodarona / Comp. 200 mg								
098 Amlodipina / Comp. 5 mg								
096 Amoxicilina / Susp. 500 mg / 5 ml x 120ml								
004 Amoxicilina / Comp. 500 mg								
103 Amoxic. + Ac. clav. / Comp. 875 + 125 mg								
104 Amoxic. + Ac. clav / Susp. 400 + 57mg / 5ml								
059 Aspirina / Comp. 100 mg								
005 Atenolol / Comp. 50 mg								
793 Azitromicina / Comp. 500 mg								
701 Azitromicina / Susp. 200 mg / 5ml								
060 Betametasona / Cr. al 1 por mil								
034 Betametasona / Gotas 0.5 mg / ml								
376 Bisoprolol Fumarato / Comp. recubiertos 5mg								
052 Budesonide / Aer. bronq. 200 mcg /d								
456 Calcio Elemental/ Comp. 500 a 1000 mg								
006 Carbamazepina / Comp. 200 mg								
457 Carvedilol / Comp.ranurados 6.25 mg								
458 Carvedilol / Comp.ranurados 25 mg								
097 Cefalexina / Susp. 500 mg / 5ml								
008 Cefalexina / Comp. 500 mg								
734 Ciprofloxacina / Comp. 500mg								
106 Cipro + Hidro/ Gotas óticas 0.2+0.1%								
738 Clindamicina / Cápsulas 300 mg								
763 Cotrim (smx+tmp) / Comp. 800 mg+160 mg								
010 Cotrim (smx+tmp) / Susp. 200+40 mg								

[07 + 08 + 09] [-] [10 + 11 + 12 + 13] [=]
Resultado

06 Código / Medicamento	07 Stock inicial	08 Unidades recibidas		10 Unidades entreg.	12 Otras salidas			14 Stock final (físico)
		C.S.L	Clearing		Clearing	No apto	Otras	
011 Dexametasona / Ampolla 8mg / 2ml								
012 Difenhidramina / Jbe. 12.5 mg / 5ml								
371 Divalproato de sodio / Comp. 500 mg								
015 Enalapril / Comp. 10 mg								
057 Eritromicina / Colirio 50 mg / 5 ml								
302 Espaciador p/ aerosol								
459 Espironolactona / Comp. 25mg								
019 Fenitoína / Cápsula 100 mg								
109 Fluconazol / Comp. 150 mg								
058 Furazolidona / Susp.16.5 mg/ 5ml								
020 Furosemida / Comp. 40 mg								
308 Gliclazida / Comp. LM 60mg								
081 Hidroclorotiazida / Comp. 25 mg								
024 Hierro (S. Ferroso) / Gotas 12,5 gr/100ml								
025 Hierro + A. fólico / Comp.								
066 Homatropina / Comp. 4 mg								
027 Ibuprofeno / Susp. 100 mg / 5 ml (2%)								
028 Ibuprofeno / Comp. 400 mg								
519 Labetalol / Comp. ranurados 200 mg								
031 Levodopa+Carbidopa / Comp. 250+25 mg								
053 Levotiroxina / Comp. 50 mcg								
056 Levotiroxina / Comp. 100 mg								
461 Loperamida / Comp. 2 mg								
363 Loratadina / Comp. 10 mg								
367 Loratadina / Jarabe 1 mg/ ml								
111 Losartan / Comp. 50 mg								
032 Mebendazol / Susp. 100 mg / 5 ml								
033 Mebendazol / Comp. 200 mg								
035 Meprednisona / Comp. 4 mg								
054 Metformina / Comp. 500 mg								

CAMPO	
01- Código de CAPS	Número asignado por el PROGRAMA REMEDIAR. Completar los últimos cinco casilleros que aparecen remarcados. El número de CAPS deberá reemplazar por el CÓDIGO SIISA cuando lo haya obtenido.
02- Mes y año informado	Número del mes calendario (01 al 12) y año (cuatro dígitos).
03- Consultas	Total de consultas médicas y odontológicas realizadas en el mes informado, se hayan o no prescrito medicamentos del PROGRAMA REMEDIAR. No se suman consultas de enfermería, kinesiología, psicología, etc.
04- Recetas R Enviadas	Total de Formularios de Receta (R) que se envían al PROGRAMA REMEDIAR se hayan entregado o no medicamentos.
05- Rtp Enviadas	Total de Recetas de Tratamiento Prolongado que se envían al PROGRAMA REMEDIAR.
06- Código / Medicamento	Listados de medicamentos e insumos correspondientes a Programas Nacionales identificados por el código, el nombre genérico y forma farmacéutica.
07- Stock inicial	Cantidad de unidades mínimas disponibles en el centro de salud al día 1 del mes informado. Debe coincidir con el Stock Final del Formulario B del mes anterior.
08- Unidades recibidas por C.S.L	Cantidad de unidades mínimas recibidas en el mes que se informa a través del Botiquín. Los datos se encuentran en el C.S.L (Comprobante de Servicio Logístico) correspondiente a esa entrega.
09- Unidades recibidas por Clearing	Cantidad de unidades mínimas recibidas en el mes que se informa a través de la operatoria de redistribución. Los datos se encuentran en los duplicados de Formularios C o bien en la documentación definida por la provincia e informado al PROGRAMA REMEDIAR.
10- Unidades Entregadas	Total de unidades mínimas que fueron efectivamente entregadas a los usuarios durante el mes que se informa. Para calcular la utilización o el consumo de medicamentos deberá tomarse en consideración el período comprendido entre el día 1 y el último día hábil de cada mes.
11- Otras Salidas- Clearing	Cantidad de unidades mínimas entregadas a otros centros de salud a través de la operatoria de redistribución durante el mes informado. Los datos se encuentran en los triplicados de Formulario C o bien en la documentación definida por la provincia e informado al PROGRAMA REMEDIAR.
12- Otras Salidas- No aptos	Cantidad de unidades mínimas de medicamentos dados de baja en el mes que se informa por ser no aptos para entregar a los pacientes (envases deteriorados, frascos rotos, vencidos, etc.).
13- Otras salidas- Otras	Unidades de medicamentos dadas de baja por robo o hurto. En este caso, se deberá adjuntar copia de la denuncia policial correspondiente.
14- Stock final (físico)	Cantidad de unidades mínimas existentes o remanentes en stock en el centro de salud, al finalizar el período que se informa (último día hábil del mes). Deberá coincidir con la medicación dispuesta en las estanterías o depósitos. Se obtiene efectuando el recuento o conteo físico de todos los medicamentos e insumos de los Programas y Direcciones implementados por el Ministerio de Salud de la Nación, entregados por el PROGRAMA REMEDIAR.
15- Día, mes y año	Fecha en que se realiza la rendición mensual. Coincide con el último día hábil del mes en curso.
16- Firma y aclaración	Firma y aclaración del Responsable de recibir el botiquín del PROGRAMA REMEDIAR en el centro.
17- Tipo y número de documento	Tipo y número de documento del Responsable de recibir el botiquín del PROGRAMA REMEDIAR en el centro.

Los Centros de Salud que reciban botiquines con periodicidad mayor a un mes (cada 2 o tres meses) deberán realizar igualmente el cierre mensual del Formulario B el último día hábil de cada mes y entregar los Formularios B acumulados en la siguiente recepción de botiquines.

IMPORTANTE

El responsable del centro de salud, servicio o depósito deberá completar un solo formulario B independientemente de la cantidad de cajas botiquín que haya recibido en el mes.

Se entiende por unidad en todos los casos: tabletas, comprimidos o cápsulas (no blíster), frascos, frasco ampolla, pomo, óvulos, sobres. El original del formulario B se envía al programa junto con la otra documentación al recibir el botiquín.