

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO RIVAROXABAN.

Excluyente: solo indicar a pacientes internados con cobertura que le permita acceder al medicamento en la externación. No se entregara a ambulatorios. Adjuntar receta y resumen de H. Clínica.

Posología (Dosis en mg o g):

- **Dosis Inicio** (si corresponde) _____ cada ____ hs. • **D. Mantenimiento** _____ cada ____ hs.
- **Peso:** _____ Kg. • **Edad:** _____ • **Superficie corporal** (si corresponde):_____ m²
- **Duración prevista del tratamiento:** _____ días

Motivo de la prescripción:

- 1. Profilaxis de la Trombosis Venosa Profunda y el Embolismo Pulmonar en pacientes sometidos a cirugía traumatólogica en reemplazo de Heparinas de bajo PM.
- 2. Prevención de ictus y embolismo sistémico en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo:
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Hipertensión.
 - Edad >75 años.
 - Diabetes mellitus.
 - Ictus previo
 - Accidente isquémico transitorio (AIT).

Datos del paciente:

Nombre _____ Planta _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ Diagnóstico principal _____
DNI _____

Obra Social y Nº afiliado _____

Medico _____ Servicio _____

Teléfono/ Interno de Contacto: _____ Fecha ____ / ____ / ____ /

Firma y sello (médico tratante) _____

Nota: Las planillas se envían a la Unidad de Farmacoterapéutica. No se cuenta con stock. Se solicitará a la droguería solo en caso de resultar aprobada.