

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO SACUBITRIL/VALSARTAN

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):

- Peso: _____ Kg. • Edad: _____
- Dosis _____ cada _____ hs. • Duración prevista del tratamiento: _____ días

Motivo de la prescripción

1. Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. .

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 cardiólogo) _____

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.