

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 solicitara a la droguería solo en caso de resultar aprobada.