

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO
LEVOSIMENDAN Vial 12,5mg (2,5mg/ml).

Adjuntar receta para archivar y resumen de Historia Clínica.

USO AUTORIZADO:

- Insuficiencia cardíaca aguda con elementos de hipoperfusión periférica y PAS >90 mm Hg y que no responde a otros agentes inodilatadores.

CONTRAINDICACIONES:

- Obstrucción mecánica significativa que afecte al llenado o al vaciado ventricular o a ambos.
- Insuficiencia renal o hepática grave.
- Hipotensión grave y taquicardia.
- Menores de 18 años.

PACIENTE:

Nombre _____ Sala _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ Diagnóstico principal: _____

_____ Peso (kg) _____ Edad _____

DNI _____ Obra Social y Nº afiliado _____

POSOLOGIA:

Dosis de carga (mcg/kg): _____
(Duración 10 minutos)

Infusión continua (mcg/kg/min): _____
(Duración máxima 24hs).

Cantidad de Ampollas solicitada (adjuntar receta): 1 ☐ // 2 ☐

MEDICO:

Medico _____ Servicio _____

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

Firma y sello _____

La solicitud deberá ser entregada en Dirección Asistente para su aprobación.
La dispensa se realiza solo desde la Guardia de Farmacia