

# **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***