

SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE USO RESTRINGIDO MISOPROSTOL.

(*) Adjuntar receta para archivar.
(**) Adjuntar **resumen de historia** clínica en los casos del punto [2.1] a [2.5], así como **informe ecográfico con imagen**.
(***) **Misoprostol 25mcg**: completar la planilla de "Registro de Casos" requerida por el laboratorio elaborador (Res. **ANMAT**).

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____ Sala _____ Cama _____

Nº H. Clínica _____ Diagnóstico principal _____

_____ Edad Gestacional _____

DNI _____

Obra Social y Nº afiliado _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCION (marque con una cruz).

☐ **1. Misoprostol 25mcg comprimidos vaginales.** Se dispensará 1 (un) comprimido por paciente por planilla.

☐ 1.1 Inducción del parto.

☐ **2. Misoprostol 200mcg comprimidos vaginales.** Se dispensará hasta 4 (cuatro) comprimidos por paciente por planilla.

☐ 2.1 Muerte fetal (feto muerto y retenido).

☐ 2.2 Aborto espontaneo retenido o incompleto.

☐ 2.3 Hemorragia posparto.

☐ 2.4 Saco anembrionado.

☐ 2.5 Interrupción Legal del Embarazo (Cod. Penal Art. 86, inc.2 y modificaciones del año 2012). **Adjuntar resumen de Historia clínica de la paciente firmada por el médico (No requiere ecografía).**

☐ **3. Misoprostol 200mcg comprimidos vaginales.** Se dispensará 3 (tres) comprimidos por paciente por planilla.

☐ 3.1 Hemorragia posparto (**solo medico obstetra**. No exigir resumen de HC por razones de urgencia).

DATOS DEL MEDICO

Medico _____ Servicio _____

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

Firma y sello (medico prescriptor): _____

Firma y sello (Jefe de Sala / Servicio / Coordinador Guardia): _____

La dispensa se realiza solo desde la Guardia de Farmacia

Misop²⁵

Planilla de Registro de casos

FOR-DT-002v03:

PLANILLA DE REGISTRO

INSTITUCIÓN: DIRECTOR:Dr.....

1- N° DE HISTORIA CLÍNICA 2- FECHA.....

3- INICIALES DE LA PACIENTE..... 4- EDAD

5- EDAD GESTACIONAL POR ECOGRAFÍA

6- INDICACIÓN

7- DOSIS UTILIZADA

8- COMENTARIOS ADICIONALES DEL MÉDICO PRESCRIPTOR.....
.....
.....

9- FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

10- FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO / RESPONSABLE DE GUARDIA

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE MANEJO DE RIESGOS. ANTE CUALQUIER CONSULTA, RECLAMO O NOTIFICACION DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMUNICARSE POR VIA TELEFONICA AL 0800-333-6476 (MISOP), VIA MAIL A LA DIRECCION misop@labdominguez.com.ar, O AL DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA A.N.M.A.T AL TELEFONO 4340-0866