



Buenos Aires
Provincia

RECETARIO ÚNICO: INICIO O CAMBIO DE ESQUEMA
PROGRAMA DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS

Ministerio de Salud

INICIO

REPETICIÓN

ONCOLÓGICO

CRÓNICO

Apellido: _____ Nombres: _____ Tipo y Nº de documento : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Piso / Depto: _____ CP: _____ Localidad: _____

Tel/Cel de contacto: _____ E mail de contacto: _____ Partido: _____

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ Sup. Corporal (m²): _____

Período de Prescripción / Medicación oral

Diagnóstico: _____ T/N/M: _____ Estadio: _____

Nº de Ciclo: _____ Intervalo: _____ PS (0-4): _____

Mensual Bimestral Trimestral

Datos del establecimiento de Atención: HOSPITAL _____ Localidad: _____

Prescripción ajustada a VADEMECUM del Banco de Drogas . Prescripción por Ley de Genéricos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD	DOSIS DIARIA	Nº DE DÍAS	DOSIS TOTAL	VÍA Administración

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Sr/a Paciente: Verifique que todos los campos estén completos a fin de evitar demoras en los trámites.

Todas las recetas deben ser originales
Fecha vigencia de receta: 30 días hábiles
Todas las modificaciones deben ser salvadas con la firma y sello del médico

ADJUNTAR

- Fotocopia DNI
- Negativa de ANSES
- Fotocopia Anatomía Patológica Laboratorio (con receptores, etc.)
- Imágenes
- Resumen de Historia Clínica

Con Cada INICIO o CAMBIO de medicamento

DATOS TRÁMITE

Sede del banco Nº

Fecha de recepción

Me atendió:

Tel. Sede:

Llamar a partir de la fecha: