

INSTRUCTIVO PARA LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TALIDOMIDA

1. REALIZAR **RECETA ELECTRÓNICA** PARA LA DISPENSACIÓN POR FARMACIA DE AMBULATORIOS (ENTRE PISO).

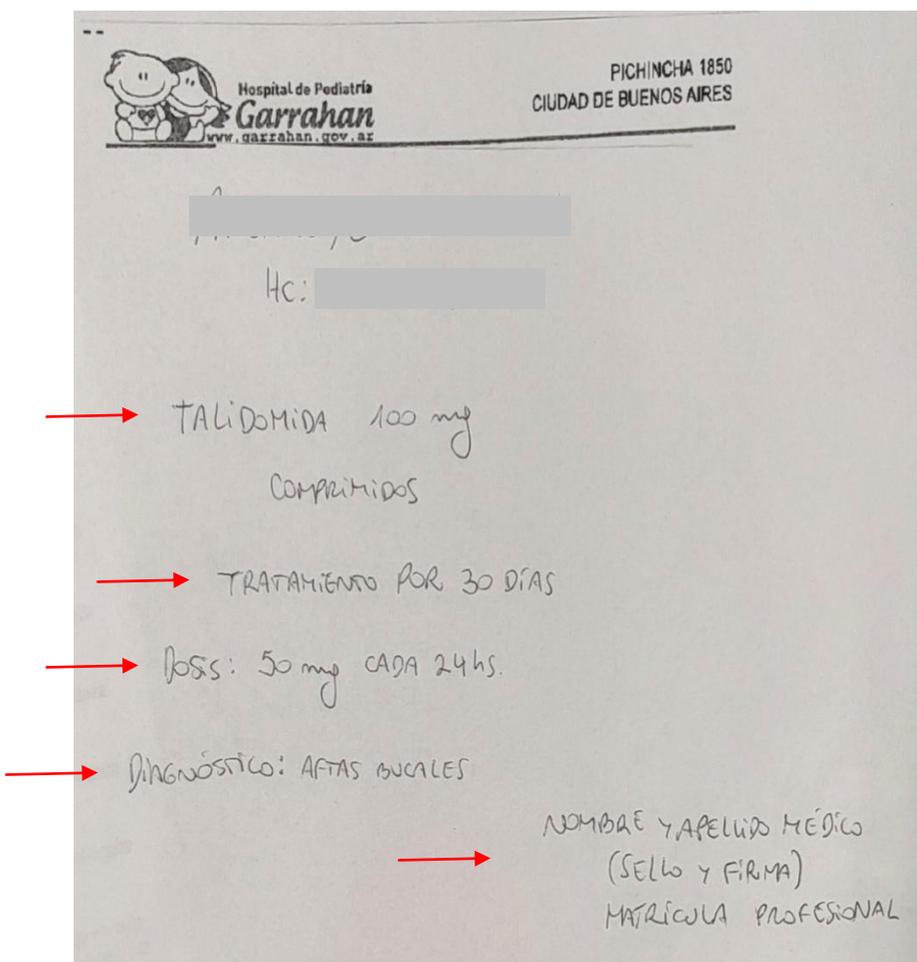
IMPORTANTE: EN OBSERVACIONES SE DEBE PONER LA LEYENDA: **"PRESENTACIÓN 100 MG COMPRIMIDOS"**

Hospital de Pediatría Garrahan		RECETARIO		Fecha Impresión 02-11-2023 10:52	
Nro.Receta: 253745		F.emisión: 13-09-2023 12:36			
Recepcionada en Farmacia		F.Presente: 02-11-2023 10:51		Orden: 63	
		F.recepción:13-09-2023 12:41			
		Legajo: 025918367 AMBULATORIO			
Nro Afiliado:		Obra Social:SIN COBERTURA			
Paciente: [REDACTED]		Edad: 9 años 5 meses 3 dias			
Enfermedades de Base: [REDACTED]		Peso: 25 kg 13/09/2023			
Problemas Actuales: nueva prescripción revisada por el hospital (hallazgo)					
Medicamento	Dosis	Frecuencia c/hs	Via Administracion	Tratamiento Dias	
1 TALIDOMIDA	25mg	24	oral	30	
Observ.: TALIDOMIDA 100 MG COMPRIMIDOS					
Medico Indica: I [REDACTED] A			Sector: [REDACTED]		
Valida: ' [REDACTED] Matricula: MN [REDACTED]			Interno: [REDACTED]		

2. REALIZAR **RECETA BLANCA** CON MEMBRETE DEL HOSPITAL (VER EJEMPLO), LA CUAL DEBE SER PRESENTADA POR EL PACIENTE JUNTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN FARMACIA. LA MISMA DEBE TENER LOS SIGUIENTES DATOS:

- NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA.
- **"TALIDOMIDA 100 MG COMPRIMIDOS"**.
- DIAS DE TRATAMIENTO.
- DOSIS.
- DIAGNÓSTICO.
- FIRMA Y SELLO MÉDICO (CON MATRÍCULA PROFESIONAL).
- FECHA.

IMPORTANTE: EL MÉDICO QUE REALICE LA RECETA DEBERÁ SER EL MISMO QUE FIRME Y SELLE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO



3. COMPLETAR **CONSENTIMIENTO INFORMADO** EL CUAL DEBE SER ENTREGADO EN FARMACIA:

IMPORTANTE: EL MÉDICO QUE REALICE LA RECETA DEBERÁ SER EL MISMO QUE FIRME Y SELLE EL CONSENTIMIENTO

a) **SI EL PACIENTE ES MAYOR DE EDAD:** DEBERÁ COMPLETAR EL **MODELO DE ANMAT** CON FECHA, FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PACIENTE. ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI.

http://www.anmat.gob.ar/webanmat/formularios/ComercioExterior/FORMULARIO_DE_CONSENTIMIENTO.pdf

b) **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:** DEBERÁ COMPLETAR EL **MODELO DEL HOSPITAL** CON FECHA, FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI **ÚNICAMENTE** DEL PADRE/MADRE/TUTOR. **EL PACIENTE MENOR DE EDAD NO PUEDE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO.** ADJUNTAR FOTOCOPIAS DEL DNI DEL PACIENTE Y DEL FIRMANTE.

https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/formularios/consentimientos/cons_inf_talidomida.pdf