



CRONICIDAD

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.310/04 S.S.S. y Modificaciones)

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar, por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ponemos a su disposición nuestra página web, www.ospip.org.ar donde podrá encontrar los protocolos en uso e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

Ingreso Reingreso

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI TIPO:

DNI NRO:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

EDAD:

SEXO: F / M / O

NOTA: Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.
Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

TRATAMIENTO SOLICITADO (*) OBLIGATORIO MÉDICO PRESCRIPTOR

MONODROGA*	POTENCIA*	PRESENTACIÓN*	DOSIS DIARIA*	ENVASES
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ejemplo de llenado de formulario medicamento	MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES
	Enalapril	10 mg	comprimidos	2 x día	1 x 60
	Timolol	0,50%	gotas	1 c/ojo c/12hs	1

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA (Marcar con una X)

Enfermedades Cardiovasculares y Tratamientos de Prevención primaria y secundaria	Enfermedades Endócrinas	Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL (I10) <input type="radio"/>	DISLIPEMIAS (E78) <input type="radio"/>	ARTRITIS REUMATOIDEA (M06) <input type="radio"/>
HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA (I15) <input type="radio"/>	HIPERTIROIDISMO (E05) <input type="radio"/>	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (M32) <input type="radio"/>
INSUFICIENCIA CORONARIA (I11) <input type="radio"/>	HIPOTIROIDISMO (E02) <input type="radio"/>	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVAS (M340) <input type="radio"/>
CARDIOPATIA ISQUEMICA (I255) <input type="radio"/>	Enfermedades Respiratorias	
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (I500) <input type="radio"/>	ASMA BRONQUIAL (J45) <input type="radio"/>	GOTA CRONICA (M10) <input type="radio"/>
INSUFICIENCIA CARDIACA (I50) <input type="radio"/>	FIBROSIS PULMONAR (J84) <input type="radio"/>	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIS (M08) <input type="radio"/>
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (I21) <input type="radio"/>	EPOC (J44) <input type="radio"/>	POLIMIOSITIS (M332) <input type="radio"/>
TTO.ANTICOAGULANTE (D68) <input type="radio"/>	Enfermedades Neurológicas	
ARRITMIAS (I49) <input type="radio"/>	PARKINSON (G20) <input type="radio"/>	DERMATOMIOSITIS (M33) <input type="radio"/>
TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE (I24) <input type="radio"/>	EPILEPSIA (G40) <input type="radio"/>	SINDROME DE SJÖGREN (M350) <input type="radio"/>
PREV. 1ª DE CARDIOPATIA ISQUEMICA (I64) <input type="radio"/>	Enfermedades Psiquiátricas	
PREV. 2ª DE CARDIOPATIA ISQUEMICA (I67) <input type="radio"/>	ESQUIZOFRENIA (F20) <input type="radio"/>	POLIMIALGIA REUMATICA (M353) <input type="radio"/>
	PSICOSIS ORGANICAS (F29) <input type="radio"/>	COLITIS ULCEROSA (K51) <input type="radio"/>
	Enfermedades Oftalmológicas	
	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR) (H40) <input type="radio"/>	
OTROS TRATAMIENTOS		
TUBERCULOSIS (A15) <input type="radio"/> LEPRO (A30) <input type="radio"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (N18) <input type="radio"/> MIASTENIA GRAVIS (G70) <input type="radio"/>		

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE PRESCRIPCIÓN



CRONICIDAD

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.310/04 S.S.S. y Modificaciones)

• **PARA SER COMPLETADO POR LA FARMACIA**

DISPENSA Y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA: COMPLETAR PERIODO DISPENSADO EN COPIA Y ORIGINAL.

1º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___ 4º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___
2º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___ 5º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___
3º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___ 6º PERIODO DE TRATAMIENTO: ___/___

CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO:	A COMPLETAR POR LA FARMACIA:
<p>Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Interviniente <input type="radio"/></p> <p>Firma:</p> <p>Aclaración:</p> <p>Tipo y Nº de DNI:</p> <p>Domicilio:</p> <p>Teléfono:</p>	<p>Fecha de Dispensa ___/___/___</p> <p>Total \$</p> <p>A Cargo Af. \$</p> <p>A Cargo O.S. \$</p> <p>Sello y Firma Farmacéutico</p>

NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá acercarse a O.S.P.I.P. a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la "Ficha-Receta Cronicidad" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual, valido para el tratamiento de 6 (seis) meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, con fotocopia de la "Ficha-Receta Cronicidad", Documento de Identidad y Credencial de la Obra Social.
- La farmacia deberá dispensar por el periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
 - Del 1º al 5º Periodo: se realizará fotocopia de la "Ficha-Receta Cronicidad" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - 6º Periodo: se dispensará el sexto mes de tratamiento y se retendrá la "Ficha-Receta Cronicidad" original.
- A partir del sexto periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta Cronicidad" semestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el semestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva "Ficha-Receta Cronicidad", con una validez semestral.

TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL