GRUPO FARMANEXUS

www.farmanexus.com.ar

# AMBUNEXUS // FORMULARIO - RECETA

**PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES YA EMPADRONADOS CON FORMULARIO AMBUNEXUS C**

## SOLO VALIDO PARA REPETICION DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES PREVIAMENTE REGISTRADOS

El presente formulario - receta está diseñado para que el médico tratante pueda repetir la prescripción de medicamentos **a pacientes que ya se encuentran inscriptos** en determinado programa/s o patología/s crónica/s prevalente, es decir, que **previamente han cumplimentado y enviado una primer solicitud en formulario AMBUNEXUS C.** Por lo tanto, este formulario sólo será válido para repetición del tratamiento de la patología en la que ya está registrado el paciente, e incluso cambiar monodrogas y/o dosis que se hubieran solicitado en relación a la enfermedad ingresada mediante AMBUNEXUS C.

**Si el profesional desea consignar una nueva enfermedad, y requerir su medicación correspondiente, deberá llenar con este fin un nuevo formulario AMBUNEXUS C, donde consignará todos los datos requeridos para esa enfermedad.**

PARA EVITAR DEMORAS EN LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS, LE SOLICITAMOS QUE HAGA CONFECCIONAR EL PRESENTE FORMULARIO APROXIMADAMENTE UNOS 20 DIAS ANTES DE QUE SE TERMINE LA MEDICACIÓN QUE ACTUALMENTE ESTÁ CONSUMIENDO.

CONTÁCTENOS: Para evacuar cualquier consulta relativa al estado de su trámite puede comunicarse al Tel. 0810-3453276, en horario de 09 a 21 horas, los días hábiles.

**Señor Profesional: Ponemos a su disposición nuestra página web,** (www.farmanexus.com.ar <http://www.farmanexus.com.ar> ) donde podrá encontrar lo 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.

**OBRA SOCIAL** (SIGLAS) _____ **Nº S.S.S.** _____

**DATOS DEL AFILIADO**

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO M F

DOC. - TIPO _____ NRO. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Nº AFILIADO _____ TELEFONO _____

CALLE _____ Nº _____ PISO _____ DPTO. _____ COD. POSTAL _____

BARRIO _____ LOCALIDAD _____ PROV. _____

E-MAIL (CORREO ELECTRONICO) _____

**LUGAR DE ENTREGA**

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ PROV. _____ COD. POSTAL _____

**DATOS DEL MEDICO**

APELLIDO _____ NOMBRE _____

MATRICULA _____ ESPECIALIDAD _____ TEL. _____

DIAGNOSTICO _____

DATOS QUE JUSTIFIQUEN LA RENOVACION Y/O MODIFICACION DE LA MEDICACION ANTERIORMENTE SOLICITADA _____

| TRATAMIENTO SOLICITADO | MONODROGA POR DCI | FORMA FARMAC. | DOSIS/ UNIDADES | DOSIS DIARIA |
|---|---|---|---|---|
| NOTA.<br>1- Prescripción: "Toda receta o prescripción medica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración "(Ley 25649, art. segundo).<br>2- Especialidades: La prescripción en diabetes deberá ser realizada por endocrinólogo o clínico, y las de Programa Psiconeuronex, por neurólogo, psiquiatra, neurocirujano o internista. Para el resto de las patologías, el médico tratante. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA _____

ADJUNTO FOTOCOPIAS: CARNET AFILIADO ☐ DOC. DE IDENTIDAD ☐ ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR ☐

©TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS LEY 11723