



IPROSS

NUEVA RECETA DE MEDICAMENTOS IPROSS

INFORMACION PARA PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES

PARA USO EXCLUSIVO DE AUDITORIA IPRO.S.S.
AUTORIZACION

| | | | |
|-----------------|----------------------|-----------|--------|
| Carat. envasado | Duración tratamiento | Cobertura | Riesgo |
|-----------------|----------------------|-----------|--------|

SIRE RECETARIO N°

**Instituto Provincial del Seguro de Salud
I.Pro.S.S.**

Fecha Prescripción: Día / Mes / Año. Dilecto: No Sí

Número de Afiliado: _____ Edad: _____ Sexo: M F N

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

(1) DIAGNOSTICO o PROBLEMA DE SALUD: 1

(2) Medicamento (nombre genérico): _____ (3) Forma Farmacéutica: _____ (4) Dosis/Unidad: _____ (5) Dosis Diaria: _____ (6) Duración Trat. en días: _____

(1) DIAGNOSTICO o PROBLEMA DE SALUD: 2

(2) Medicamento (nombre genérico): _____ (3) Forma Farmacéutica: _____ (4) Dosis/Unidad: _____ (5) Dosis Diaria: _____ (6) Duración Trat. en días: _____

Datos del Prescriptor

Matrícula Provincial: _____ Firma Prescriptor: _____

Especialidad: _____

Datos Afiliado: Físico Interviniente

Firma: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Doc. Tipo: _____

Señala dispensa de los medicamentos facturados

Señala: _____ Firma Farmacéutico: _____

Plan Ip 1: _____ Plan Ip 2: _____

Fecha Dispensación: Día / Mes / Año. Fecha de Emisión: _____

Código de Farmacia: _____ Nº de Orden: _____

Carat. Env. Total Precio Público. Monto Total a cargo de IPRO.S.S.

TOTAL RECETA
A CARGO AFILIADO
A CARGO IPROSS

* Para intervalos semanales o mensuales consignar en este casillero con S o M al lado de la dosis.

TROQUEL 1 TROQUEL 2 TROQUEL 3 TROQUEL 4 TROQUEL 5 TROQUEL 6 TROQUEL 7 TROQUEL 8 TROQUEL 9 TROQUEL 10 TROQUEL 11

IPROSS 2014

NUEVA RECETA IPROSS INFORMACION PARA PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES

1- FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN

- 1.1 PRESCRIPCIÓN HABITUAL: consignar la fecha de la misma.
- 1.2 PRESCRIPCIÓN PROGRAMADA: para la continuidad de tratamientos de PATOLOGÍAS CRÓNICAS o TRATAMIENTOS PROLONGADOS y cuando el médico considere que no requiere una visita de control o la misma se prevea para un lapso superior a un mes, deberá prescribir en una o más recetas adicionales (segunda o tercera) colocando la fecha estimada del mes siguiente donde se requiere una nueva dispensa, y haciendo constar la "X" en el casillero "diferida".
- Excepción:

2- CARACTERÍSTICAS DEL BENEFICIARIO

- 2.1. EDAD
- 2.2. SEXO
- 2.3. DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD
Debe consignarse el Diagnóstico presuntivo o de certeza que presenta el paciente, o el signo o síntoma que motiva la prescripción, de modo literal o siguiendo la Codificación IPROSS (Cie X-CIPSAP).
Cuando la prescripción de los dos medicamentos de la receta esté destinada al mismo problema de salud se debe repetir en ambos Rp.

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------|-------------|
| DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD 1 | <i>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</i> | CODIGO | <i>J 10</i> |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------|-------------|

3- IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO

- 3.1. MEDICAMENTO
Se prescribirá por el nombre genérico o denominación común internacional del medicamento, sin excepciones.
- 3.2. FORMA FARMACÉUTICA
Se identificará la forma farmacéutica elegida. Ej.: Comprimido, cápsula, jarabe, solución, inyectable, óvulo, etc.
- 3.3. DOSIS/UNIDAD O CONCENTRACION
Indica la cantidad de principio activo que tiene cada unidad.
Debe indicarse la cantidad del principio activo para diferenciarla entre las otras existentes del mismo medicamento. Ej.: Gramos (g), Miligramos (mg), Microgramos (mcg), Miligramos/mililitro (mg / ml), Gramos por ciento (g %), Unidades Internacionales (UI), entre otras.
Para asociaciones consignar como mínimo la concentración de dos principios activos.

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------|
| Rp.1 <i>ENALAPRIL</i> | <i>Comprimidos</i> | <i>10 mg *</i> | <i>10 mg (ó 1 comp)</i> | <i>30</i> |

Las especialidades medicinales de enalapril contienen 2,5 mg, 5 mg, 10 mg y 20 mg por unidad.

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Rp.1 <i>IBUPROFENO</i> | <i>SUSPENSION</i> | <i>100 mg/ 5ml *</i> | <i>20 ml (ó 400 mg)</i> | <i>3 - 5</i> |

✚ Las especialidades medicinales de ibuprofenol en suspensión se elaboran en concentraciones al 2% (100 mg / 5 ml) y al 4% (200 mg / 5 ml).

4- PAUTA DE DOSIFICACION

4.1. DOSIS DIARIA

Es la cantidad de unidades definidas (comprimidos, óvulos, supositorios, etc.) o dosis por día (mg, g, gota, UI, supositorio, óvulo, tableta, aplicación, ml, etc.) de modo indistinto. Para intervalos semanales o mensuales consignar en este casillero con S ó M al lado de la dosis.

4.2. DURACION DEL TRATAMIENTO EN DIAS

Se indicará la cantidad de días durante los cuales el paciente debe seguir el tratamiento. Debe recordarse que las prescripciones pueden abarcar hasta 30 días, con la excepción de afiliados y situaciones que oportunamente IPROSS defina para sus planes de cobertura

SITUACIONES PARTICULARES

Las previstas en los convenios prestacionales vigentes y futuros

Ejemplos

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------------|------------------------|
| Rp.1 <i>VALSARTAN</i> | <i>Comprimidos</i> | <i>80 mg</i> | <i>80 mg (ó 1 comp)</i> | <i>30</i> |

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|---------------|---------------|------------------------|
| Rp.1 <i>AMOXICILINA</i> | <i>Comp / Caps</i> | <i>1gramo</i> | <i>3 comp</i> | <i>7</i> |

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|--------------|----------------------------|------------------------|
| Rp.1 <i>METOTREXATO</i> | <i>Comprimidos</i> | <i>5 mg</i> | <i>5 mg (ó 1 comp)</i> | <i>4</i> |

| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
|-------------------------------|--------------------|---------------|---------------|------------------------|
| Rp.1 <i>METFORMINA</i> | <i>Comprimidos</i> | <i>850 mg</i> | <i>3 comp</i> | <i>30</i> |

INSTRUCTIVO PARA SITUACIONES ESPECIALES

1- CREMAS, POMADAS, UNGÜENTOS, SOLUCIONES DE USO TOPICO

1- IDENTIFICACION DEL MEDICAMENTO

Debe indicarse LA CONCENTRACIÓN EN GRAMOS POR CIENTO (g%), MILIGRAMOS POR CIENTO (mg%), O UNIDADES POR GRAMO (U/g), según corresponda.

2- PAUTA DE DOSIFICACIÓN

En el casillero DOSIS DIARIA consignar 1 APLICACIÓN

✚ Ejemplo 1

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| <i>Micosis</i> | | | <i>B49</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Terbinafina</i> | <i>Aerosol tópico</i> | <i>1 g %</i> | <i>2 aplicaciones</i> | <i>5 días</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| <i>Dermatitis de contacto</i> | | | <i>L30</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>Hidrocortisona</i> | <i>Crema</i> | <i>1 g %</i> | <i>2 aplicaciones</i> | <i>30</i> |

✚ Ejemplo 2

| | | | | |
|--|--------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| <i>Hemorroides</i> | | | <i>I84</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Hidrocortisona, Cinc y Bismuto</i> | <i>Pomada</i> | <i>asociación</i> | <i>3 aplicaciones</i> | <i>10</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| <i>Acné</i> | | | <i>L70</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>Eritromicina</i> | <i>Loción</i> | <i>4%</i> | <i>2 aplicaciones</i> | <i>15 días</i> |

2- SOLUCIONES PARA USO ORAL

1- IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO

El casillero DOSIS/UNIDAD

Debe indicarse LA CONCENTRACION EN GRAMOS, MILIGRAMOS, O UNIDADES (g, mg, U), POR MILILITRO, DECILITRO O POR CIENTO (ml, dl, %) o POR GOTTA, según corresponda.

2- PAUTA DE DOSIFICACIÓN.

En el casillero DOSIS DIARIA consignar LA DOSIS EN GRAMOS, MILIGRAMOS, UNIDADES, MILILITROS O GOTAS.

✚ Ejemplo 1

| | | | | |
|--|----------------------|--|---------------------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Dispepsia</i> | | | CODIGO <i>K30</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Metoclopramida</i> | <i>Solución oral</i> | <i>5 mg/ml</i> | <i>10 mg</i> <i>(ó 2 ml)</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Osteoporosis</i> | | | CODIGO <i>M81</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>Vitamina D</i> | <i>Solución oral</i> | <i>400 UI/gota</i> <i>o 10000</i> <i>UI/ml</i> | <i>4000 UI</i> <i>(ó 10 gotas)</i> | <i>30</i> |

La metoclopramida en solución se presenta con una concentración de 2 mg/ml, y 5 mg/ml

La vitamina D en solución se presenta con una concentración de 200 U/gota, 400 U/gota, 500 U/gota y 2400 U/gota.

✚ Ejemplo 2

| | | | | |
|--|--------------------|---------------------|-----------------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Otitis media</i> | | | CODIGO <i>K30</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>amoxicilina +</i> <i>acido clavulanico</i> | <i>Suspensión</i> | <i>400/57 mg/ml</i> | <i>5 ml</i> <i>c/8 hs</i> | <i>10</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Otitis media</i> | | | CODIGO <i>M81</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>ibuprofeno</i> | <i>Suspensión</i> | <i>100 mg /5ml</i> | <i>20 ml</i> <i>(ó 400 mg)</i> | <i>10</i> |

3- AMPOLLAS PARA USO PARENTERAL

1- IDENTIFICACION DEL MEDICAMENTO

El casillero DOSIS/UNIDAD

Debe indicarse LA CONCENTRACION EN GRAMOS, MILIGRAMOS (g, mg), POR MILILITRO, DECILITRO O POR CIENTO (ml, dl, %), según corresponda.

2- PAUTA DE DOSIFICACIÓN

En el casillero DOSIS DIARIA consignar EL NÚMERO DE AMPOLLAS POR DOSIS, LA DOSIS EN GRAMOS, MILIGRAMOS, UNIDADES ó MILILITROS.

✚ Ejemplo 1

| | | | | |
|--|----------------------|------------------|-----------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Lumbalgia Aguda</i> | | | CODIGO <i>M54.5</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Betametasona</i> | <i>Inyectable</i> | <i>6.0 mg/ml</i> | <i>1 ampolla x 2 ml</i> | <i>1</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Uretritis Gonocócica</i> | | | CODIGO <i>Z22.4</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>Ceftriaxona</i> | <i>Inyectable IM</i> | <i>500 mg</i> | <i>250 mg (1/2 ampolla)</i> | <i>1 (única dosis)</i> |

4 - ASOCIACIONES INCLUIDAS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO DEL IPROSS

1- IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO

El casillero DOSIS/UNIDAD

Debe indicarse LA CONCENTRACION EN GRAMOS, MILIGRAMOS DE SUS COMPONENTES.

✚ Ejemplo 1

| | | | | |
|---|--------------------|--------------|----------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>ICC</i> | | | CODIGO <i>I50</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------|-----------------|---------------|------------------------|
| Rp.1 | <i>Hidroclorotiazida + Amilorida</i> | <i>comp</i> | <i>(50-5)mg</i> | <i>1 comp</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>ICC</i> | CODIGO | |
| | | | | <i>I50</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 | <i>Carvedilol</i> | <i>comp</i> | <i>6.25 mg</i> | <i>1 comp</i> | <i>30</i> |

5- AEROSOLES DE DOSIS FIJA PARA USO INHALATORIO

1- IDENTIFICACION DEL MEDICAMENTO

El casillero DOSIS/UNIDAD

Debe indicarse LA CONCENTRACION EN MILIGRAMOS, MICROGRAMOS (mg, mcg), POR DOSIS.

2- PAUTA DE DOSIFICACIÓN.

En el casillero DOSIS DIARIA consignar LA DOSIS EN MILIGRAMOS, MICROGRAMOS, O BIEN EN NUMERO DE INHALACIONES.

6- SOLUCIONES PARA USO INHALATORIO

1- IDENTIFICACION DEL MEDICAMENTO

El casillero DOSIS/UNIDAD

Debe indicarse LA CONCENTRACION EN GRAMOS, MILIGRAMOS, MICROGRAMOS (g, mg, mcg), POR MILILITRO, DECILITRO O POR CIENTO (ml, dl, %).

2- PAUTA DE DOSIFICACIÓN.

En el casillero DOSIS DIARIA consignar LA DOSIS EN GRAMOS, MILIGRAMOS, MICROGRAMOS, O BIEN EN MILILITROS.

🚩 Ejemplo 1

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| | | | <i>Asma Bronquial</i> | <i>J45</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 | <i>Budesonide</i> | <i>aerosol inhalable</i> | <i>200 mcg/ds</i> | <i>2 puff C/12 hs</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| | | | <i>Asma Bronquial</i> | <i>J45</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |

| | | | | | |
|------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------|------------------|
| Rp.2 | <i>Salbutamol</i> | <i>Inhalable c/ aplicador</i> | <i>100 mcg/ds</i> | <i>4 puff</i> | <i>A demanda</i> |
|------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------|------------------|

✚ Ejemplo 2

| | | | | |
|--|--------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Asma Bronquial</i> | | | CODIGO <i>J45</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Salmeterol + Fluticasona</i> | <i>Aerosol</i> | <i>50 - 250 mcg/ds</i> | <i>2 puff c/ 12 hs</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 _____ | | | | |

✚ Ejemplo 3

| | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Asma Bronquial</i> | | | CODIGO <i>J45</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 <i>Budesonida + Formoterol</i> | <i>Cápsulas p/inhalar</i> | <i>200-6 mcg/ds</i> | <i>2 puff c/ 12 hs</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD <i>Constipación</i> | | | CODIGO <i>K59</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 <i>Psillyum</i> | <i>granulado</i> | <i>3.5 g/sobre</i> | <i>2 sobres/día</i> | <i>30 días</i> |

7- ESQUEMAS CICLICOS DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

1- PAUTA DE DOSIFICACION

En el casillero DOSIS DIARIA consignar LA CANTIDAD DE UNIDADES O DOSIS EN GRAMOS, MILIGRAMOS, MICROGRAMOS, O BIEN EL NUMERO DE AMPOLLAS QUE SE REQUIEREN PARA TODO EL CICLO.

✚ Ejemplo 1: paciente con hormonoterapia y enfermedad ósea

| |
|--------------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO |
|--------------------------------|

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Cáncer de mama</i> | | CODIGO | <i>C50</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | |
| Rp.1 | <i>Anastrozol</i> | <i>comp</i> | <i>1 mg</i> | <i>1 mg</i> <i>(ó 1 comp)</i> | <i>30</i> | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Cáncer de mama</i> | | CODIGO | <i>C50</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | |
| Rp.2 | <i>Acido Zoledrónico</i> | <i>Inyectable EV</i> | <i>5 mg</i> | <i>5 mg</i> | <i>1</i> | |

📌 Ejemplo 2: paciente con quimioterapia en LH

📌 RECETA 1

| | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|----------|------------|------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Linfoma de Hodgkin</i> | | | CODIGO | <i>C81</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | | |
| Rp.1 | <i>Doxorrubicina</i> | <i>Inyectable</i> | <i>50 mg</i> | <i>48 mg</i> | <i>2</i> | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Linfoma de Hodgkin</i> | | CODIGO | <i>C81</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | | |
| Rp.2 | <i>Bleomicina</i> | <i>Inyectable</i> | <i>15 mg</i> | <i>19 mg</i> | <i>2</i> | | |

📌 RECETA 2

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|----------|------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Linfoma de Hodgkin</i> | | CODIGO | <i>C81</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | |
| Rp.1 | <i>Vinblastina</i> | <i>Inyectable</i> | <i>10 mg</i> | <i>10 mg</i> | <i>2</i> | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | <i>Linfoma de Hodgkin</i> | | CODIGO | <i>C81</i> |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | | |

| | | | | | |
|------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|----------|
| Rp.2 | <i>Dacarbazina</i> | <i>Inyectable</i> | <i>200 mg</i> | <i>700 mg</i> | <i>2</i> |
|------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|----------|

✚ Ejemplo 3: Paciente con Cáncer de Mama

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------|------------------------|----------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| <i>Cáncer de mama</i> | | | | <i>C50</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.1 | <i>Doxorrubicina</i> | <i>Inyectable</i> | <i>50 mg</i> | <i>100 mg</i> | <i>1</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| <i>Cáncer de mama</i> | | | | <i>C50</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.2 | <i>Ciclofosfamida</i> | <i>Inyectable</i> | <i>1 gramo</i> | <i>1 g</i> | <i>1</i> |

✚ Ejemplo 4: Paciente con Cáncer de próstata

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|------------------------|-----------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| <i>Cáncer de próstata</i> | | | | <i>C61</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.1 | <i>Bicalutamida</i> | <i>Comp</i> | <i>50 mg</i> | <i>1 comp</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| <i>Cáncer de próstata</i> | | | | <i>C61</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.2 | <i>Goserelin</i> | <i>Inyectable</i> | <i>3,6 mg</i> | <i>3,6 mg</i> | <i>1</i> |

✚ Ejemplo 5: Paciente con Cáncer de Pulmón

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|--------------|--------------|------------------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>C34</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|---------------|------------------------|
| Rp.1 | <i>Paclitaxel</i> | <i>Inyectable</i> | <i>30 mg</i> | <i>360 mg</i> | <i>1</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>C34</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 | <i>Cisplatino</i> | <i>Inyectable</i> | <i>50 mg</i> | <i>135 mg</i> | <i>1</i> |

✚ Ejemplo 6: Paciente con Cáncer de Colon

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|---------------|------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>Cáncer de colon</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 | <i>Oxaliplatino</i> | <i>Inyectable</i> | <i>50 mg</i> | <i>234 mg</i> | <i>1</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>Cáncer de colon</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.2 | <i>Capecitabina</i> | <i>Comp</i> | <i>500 mg</i> | <i>2.500 mg</i> | <i>21</i> |

8- TIRAS REACTIVAS PARA DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA, INSULINAS

✚ Ejemplo 1

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>Diabetes tipo 1</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |
| Rp.1 | <i>Insulina humana rápida</i> | <i>Inyectable Cartuchos</i> | <i>100 UI/ml</i> | <i>30 UI</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | | CODIGO | |
| | | | | <i>Diabetes tipo 1</i> | |
| Medicamento (nombre genérico) | | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días |

| | | | | | |
|------|--------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------|
| Rp.2 | <i>Insulina humana NPH</i> | <i>Inyectable Cartuchos</i> | <i>100 UI/ml</i> | <i>60 UI (ó 0.6 ml)</i> | <i>30</i> |
|------|--------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------|

✚ Ejemplo 2

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------|------------------|------------------------|-----------|
| APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO | | | | | |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | | |
| <i>Diabetes tipo 2</i> | | | <i>E11</i> | | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.1 | <i>Insulina humana 70/30</i> | <i>Inyectable Lapiceras</i> | <i>100 UI/ml</i> | <i>40 UI</i> | <i>30</i> |
| DIAGNOSTICO O PROBLEMA DE SALUD | | | CODIGO | | |
| <i>Diabetes tipo 2</i> | | | <i>E11</i> | | |
| Medicamento (nombre genérico) | Forma Farmacéutica | Dosis/Unidad | Dosis Diaria | Duración Trat. en días | |
| Rp.2 | <i>Reactivo para la determinación de Glucemia</i> | <i>Tiras</i> | <i>—</i> | <i>1</i> | <i>30</i> |

- ✚ EL MODELO DE RECETA INSTITUIDO POR EL IPROSS SE INSCRIBE EN CONCEPTOS CONVENCIONALES DE PRESCRIPCION POR PAUTA TERAPEUTICA COMPLETA
- ✚ RESPETA LAS INCUMBENCIAS DE LEY DE LOS PROFESIONALES MEDICOS, ODONTOLOGOS Y FARMACETICOS
- ✚ PROPENDE A UNA ADECUADA PRESCRIPCION, DISPENSA Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS
- ✚ SU INSTRUMENTACION GARANTIZA A LOS AFILIADOS DEL IPROSS EL ACCESO A MEDICAMENOS CON COBERTURA EN TIEMPO Y FORMA
- ✚ SU EMISION PERSONALIZADA PARA TODA LA POBLACION DEL IPROSS Y EN CANTIDAD NECESARIA PARA SATISFACER TODAS LAS NECESIDADES DE PRESCRIPCION DE CADA AFILIADO OPTIMIZA EL ACCESO AL MEDICAMENTO
- ✚ LA UTILIZACION PROGRESIVA DEL MISMO MODELO DE RECETA CON LA INFORMACION INDISPENSABLE PARA LA PRESCRIPCION Y DISPENSA DE MEDICAMENOS PARA TODOS LOS PLANES DE COBERTURA REPRESENTA UNA NOTABLE SIMPLIFICACION DE LA TAREA DE LOS PRESTADORES

- ✚ EL REGISTRO DE LOS DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y ECONOMICOS DE LA RECETA IPROSS PERMITIRA A LA OBRA SOCIAL CONOCER POR PRIMERA VEZ LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE CADA AFILIADO QUE RECIBE MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE Y/O RECURRENTE (CRONICOS Y PLANES ESPECIALES) Y AQUELLOS QUE LOS REQUIEREN DE MODO EVENTUAL Y PODER ESTIMAR Y PRESUPUESTAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASI COMO EVALUAR SU COMPORTAMIENTO.