

# 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.

CONTACTENOS: Para evacuar cualquier consulta relativa al estado de su trámite puede comunicarse al Tel. 0810-6666733, 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) <<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)

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO  NOMBRE

MATRICULA  ESPECIALIDAD  TEL.

LUGAR DE ENTREGA

DOMICILIO

LOCALIDAD  PROV.  COD. POSTAL

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. 1- PrescripciOn: "Toda receta o prescripciOn medica deberA efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genErico del medicamento o DenominaciOn Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacEutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentraciOn" (Ley 25649, art. segundo). 2- Especialidades: La prescripciOn en diabetes deberA ser realizada por endocrinOlogo o clínico, y las de Programa Psiconeuronex, por neurOlogo, psiquiatra, neurocirujano o internista. Para el resto de las patologias, el mEdico tratante.				
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		FECHA _____		

ADJUNTO FOTOCOPIAS: CARNET AFILIADO

DOC. DE IDENTIDAD

ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR