ANEXO I

*ESTE FORMULARIO NO ES VALIDO PARA EL EXPENDIO EN FARMACIA DE MEDICACION AL 100%*

***FORMULARIO DE PRESCRIPCION EN CICLOS (PRECI)****!Unexpected End of Formula*

***(\*)***FECHA INICIO DEL CICLO- MES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA FIN DEL CICLO- MES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DURACION DEL CICLO SEIS (6) MESES EN ENTREGAS MENSUALES Y CONSECUTIVAS. Sin perjuicio de controles intermedios. Ver(\*\*) y ver adjunto en Diabetes, HTA y Coronariopatías.

***(\*)NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE:………………………..…………………………………………………***

***(\*)DNI: ……………………………….EDAD: …………………SEXO:………….TEL.:…………………………..***

***(\*)CUIL AFILIADO TITULAR:…………………………………………… SECCIONAL:..………………………***

***DIAGNOSTICO/S(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PRINCIPIO ACTIVO(\*)*** | *DOSIS DIARIA(\*)* | *DOSIS MENSUAL(\*)* | *FORMA TERAPEUTICA (\*)* | ***COBERTURA A Completar BASA –OSUOMRA*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(\*)* ***COMPLETAR MÉDICO/A TRATANTE.*** *Ley 17.132.- 25.649.Discapacidad adjuntar certificado.*

**INDICACIONES (forma de administración de los medicamentos)**

|  |  |
| --- | --- |
| MEDICAMENTO (\*) | INDICACION (\*) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***(\*)Firma y sello médico/a:…………………………..Teléfono…………………..FECHA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_***

**(\*\*)Por la presente declaro haber sido informado de la modalidad de prescripción por ciclos, que facilita la accesibilidad al medicamento y se desarrolla en el marco del plan terapéutico, del que también he sido debidamente informado por el médico/a tratante; en conjunto con las indicaciones, señales o signos de alarma y control por los que debo concurrir a la consulta médica durante los ciclos, con normal acceso a las consultas y ajustes pertinentes, además de los controles intermedios.**

FIRMA DEL PACIENTE:……………………………ACLARACION:…………………………………………………………………………………….

**INSTRUCCIONES DE USO DEL FORMULARIO DE PRESCRIPCION EN CICLOS -PRECI**

El presente formulario debe ser entregado al paciente que habitualmente cuenta con prescripciones mensuales reiterativas, conforme se lo incluya en el programa y de acuerdo a las altas bajas y modificaciones; incluye personas con discapacidad (adjuntar certificado vigente), tratamientos crónicos, anticoncepción y todo tratamiento pautado de reiteración mensual. **NO INCLUYE ALTO COSTO.**

Este formulario **debe ser rellenado** por el médico tratante, por el paciente, por personal BASA de la seccional, policonsultorio o sanatorio y por la farmacia que realiza la dispensa, del siguiente modo:

* **MEDICO TRATANTE:** en todos los campos que indica (\*)
* **PACIENTE:** luego de la firma del médico/a expresando su consentimiento informado sobre la modalidad, el plan terapeútico y controles.