

ITEM A
500
UNID.

Nº UE:		FECHA:
1) DATOS DEL USUARIO		
Nombre y apellido:		Cédula de identidad:
Edad:	Sexo:	Teléfono:
2) MEDICAMENTO SOLICITADO		
Principio activo:		Dosis/ Concentración:
Forma farmacéutica:		Vía de administración:
Posología:		Duración de tratamiento:
3) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (Aclarar por qué no se utiliza lo disponible en Vademécum de ASSE vigente)		
4) EXÁMENES PARACLÍNICOS (Relevantes a la solicitud)		

5) MÉDICO SOLICITANTE					
Nombre y apellido:		Firma:			
Nº CJPPU:		Especialidad:			
6) JEFE DE SERVICIO (Si corresponde)					
Nombre y apellido:		Firma:			
Nº CJPPU:		Especialidad:			
7) COMITÉ DE FARMACIA, TERAPÉUTICA Y FARMACOVIGILANCIA DE LA UE (Perfil farmacológico del usuario, comentarios)					
Fecha:		Firma de los Participantes:			
8) DIRECCIÓN DE LA UNIDAD EJECUTORA					
AVAL DE LA SOLICITUD	SI	NO	PASA A DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ASSE	SI	NO
Fecha:	Nombre y apellido:		Firma:		

(*) Código Penal, Ley Nº 9.155:

"Artículo 238 (Falsificación ideológica por un funcionario público) El funcionario público que, en el ejercicio de sus funciones, diere fe de la ocurrencia de hechos imaginarios o de hechos reales, pero alterando las circunstancias o con omisión o modificación de las declaraciones prestadas con ese motivo o mediante supresión de tales declaraciones, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría."

"Artículo 239 (Falsificación ideológica por un particular) El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión."



SERIE N° UE
Policlínica / Servicio

Cédula de Identidad

--	--	--	--

Nombre y Apellido

--

Principio activo	
Dosis / Concentración	
Forma farmacéutica	Vía de administración
Posología	
Duración	

Validez de la receta: 1 mes
(Excepción Antibióticos: 3 días)
Tratamiento prolongado:
hasta 6 meses
(Excepción Anticonceptivos
Orales: hasta 12 meses)

Firma: _____
Aclaración: _____
N° C/PPU: _____

14cm

9cm

ITEM 3
30.000 UNIDADES

7,5 cm

5,7 cm

HOSPITAL YOUNG - Dto. ENFERMERIA

Sector _____ Cama _____

Nombre: _____

Indicación _____

Fecha _____ Firma _____

ITEM 4
20.000 UNIDADES

10,5 cm

14,90 cm

Administración de los
Servicios de Salud del Estado

HOSPITAL DE YOUNG

SOLICITUD DE ESTUDIO **FECHA**

--	--	--

PACIENTE: _____

HISTORIA CLINICA: _____

ESTUDIO SOLICITADO:

DIAGNOSTICO: _____

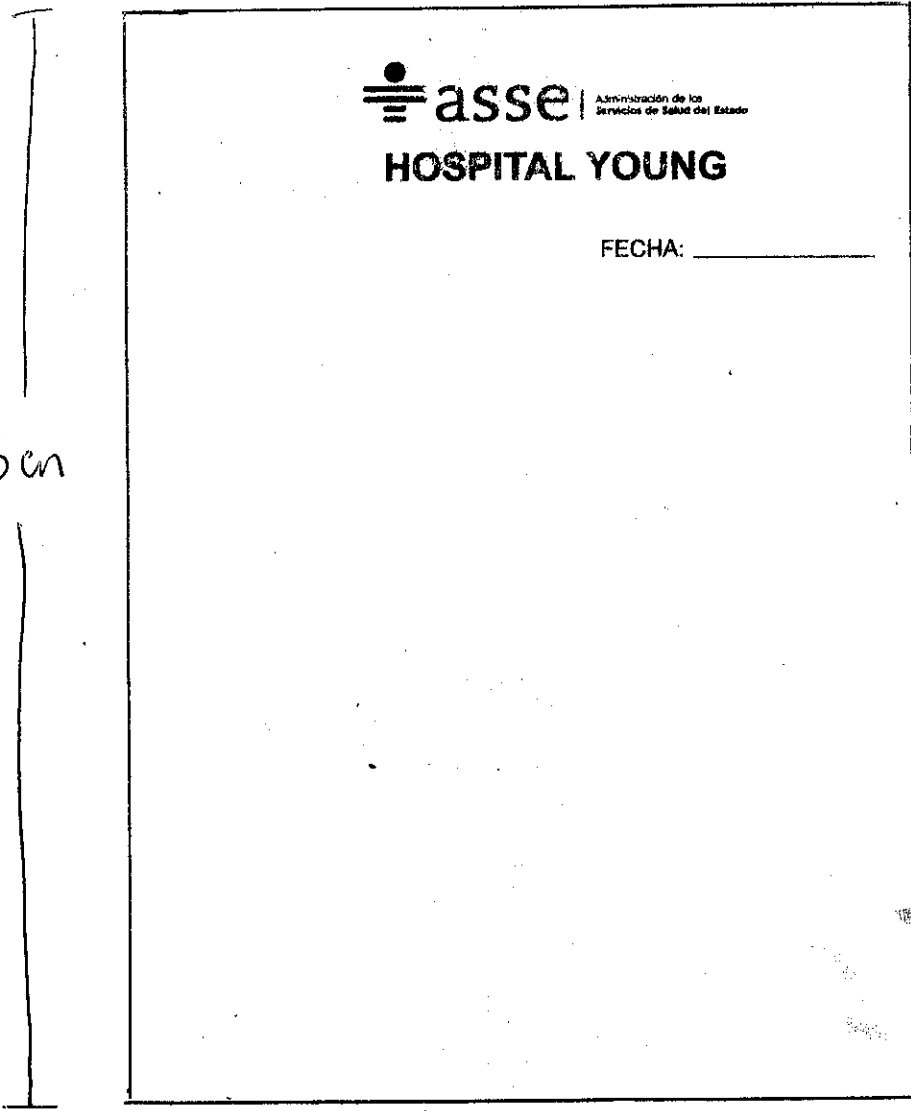
MEDICO SOLICITANTE _____

AUTORIZACIÓN: _____

Recaudación
Dirección

ITEM 5
10.000 UNID.

10,5 cm



 **asse** | Administración de los
Servicios de Salud del Estado

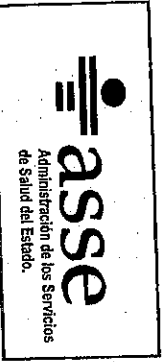
HOSPITAL YOUNG

FECHA: _____

15 cm

ITEM 6

50.000 UNID.



**HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE
MATERNIDAD.**

ITEM 8
500 ULD

NOMBRE: _____ EDAD: _____ PROC: _____ Nº HISTORIA _____

TRATAMIENTO DE OCITOCINA.

INDUCCION con **SE** de _____ c.c.+ _____ amp. OCITOCINA IV. PARTERA _____

INDICADA por: _____

Fecha	Hora	F.C.F.	Act. Uterina	Duración	Goteo/min.	P.A.	Ex. Genital:
15 min							
30 min							
1 hora							
2 horas							
3 horas							
4 horas							
5 horas							
6 horas							
7 horas							
8 horas							
9 horas							
10 horas							
11 horas							
12 horas							

OBSERVACIONES:

HOSPITAL DE YOUNG

/// A.S.S.E.
ADMINISTRACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

FECHA / /

HOJA DE INGRESO

APELLIDOS	NOMBRES
DOMICILIO	
MOTIVO DE INGRESO	

MEDICO _____

INDICACIONES MEDICAS	ANOTACIONES DE ENFERMERIA

ITEM 9. PARTE 2.

NOMBRE

Nº Reg

Grupo Sanguíneo

Rh

Masernamn

FECHA		DÍAS ENTER.		Grid Columns																						
		PUL	TEMP.	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T							
LFSR:	160	41°	60	36°																						
					25	80	37°																			
								45	100	38°																
											55	120	39°													
65	140	40°																								

PESÓN																	
Líquido Eliminado	Vómitos																
	Diuresis																
	Total																
DEPOSICIONES																	
Líquido Ingerido	V. Oral																
	Sub. Cut.																
	L. Venosa																
	Sangre																
	Plasma																
Total																	