

Estimada/o Profesional, es obligatorio indicar el diagnóstico y la codificación internacional en lugar del nombre y apellido del paciente.

Código: _____

Número de socio: _____

Diagnóstico:

Fecha: _____

INDIQUE CON UNA TILDE LA DROGA/ASOCIACIONES DE DROGAS SOLICITADAS. LAS MISMAS ESTÁN AGRUPADAS DE ACUERDO A LA INDICACIÓN.

PODRÁ PRESCRIBIR HASTA 3 ENVASES POR RECETA.

ESQUEMAS DE INICIO	CANTIDAD DE ENVASES
01 Abacavir 600 mg / Lamivudina (3TC) 300 mg x 30 comp.	
02 Abacavir 600 mg / Lamivudina (3TC) 300 mg / Dolutegravir 50 mg x 30 comp.	
03 Dolutegravir 50 mg x 30 comp. + Abacavir 600 mg / Lamivudina 300 mg x 30 comp.	
04 Dolutegravir 50 mg x 30 comp. + Lamivudina 300 mg x 30 comp.	
05 Lamivudina (3TC) 300 mg comp. x 30	
06 Dolutegravir 50 mg / Lamivudina 300 mg x 30 comp.	
07 Dolutegravir 50 mg / Tenofovir alafenamida 25 mg / Emtricitabina 200 mg x 30 comp.	
08 Tenofovir (TDF) 300 mg / Lamivudina (3TC) 300 mg x 30 comp.	
09 Tenofovir (TDF) 300 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg x 30 comp.	
10 Tenofovir (TDF) 300 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Efavirenz 600 mg x 30 comp.	
11 Darunavir 600 mg / Ritonavir 100 mg x 60 comp.	
12 Darunavir 800 mg / Ritonavir 100 mg x 30 comp.	
13 Dolutegravir 50 mg x 30 comp.	
14 Raltegravir 400 mg x 60 comp.	
15 Tenofovir (TDF) 300 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Elvitegravir 150 mg / Cobicistat 150 mg x 30 comp.	
16 Tenofovir (TDF) 300 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Rilpivirina 25 mg x 30 comp.	
17 Tenofovir alafenamida (TAF) 10 mg / Emtricitabina 200 mg comp. x 30	
18 Tenofovir alafenamida (TAF) 25 mg / Emtricitabina 200 mg comp. x 30	
19 Tenofovir (TAF) 10 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Elvitegravir 150 mg / Cobicistat 150 mg x 30 comp.	
20 Tenofovir alafenamida (TAF) 25 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Bictegravir 50 mg comp. x 30	
21 Tenofovir alafenamida (TAF) 10 mg / Emtricitabina (FTC) 200 mg / Darunavir 800 mg / Cobicistat 150 mg comp. x 30	
22 OTROS:	

Este recetario responde a la prescripción por nombres genéricos, de acuerdo a los Art. 2 y 3 de la Ley Nacional N° 25649.

FIRMA Y SELLO

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.