



Nombre y apellido .....	N° afiliado .....
----------------------------	----------------------

**DIAGNOSTICO ACTUAL QUE MOTIVA TRATAMIENTO**

.....

.....

**TRATAMIENTO**

Monodroga	Concentración	Dosis (frecuencia en la aplicación)	Inicio de tratamiento	Tiempo estimado del tratamiento	Dosis ajustada a función renal (SI/NO)	Dosis ajustada a función hepática (SI/NO)	Tipo de tratamiento *

Nota:

- \* Profilaxis
- Empirico: se proveera sólo las primeras 72 horas.
- Dirigido: Antibiograma en caso de ATB (Antibioticoterapia)

Fecha ...../...../.....

Firma y sello del Profesional .....