

ANEXO N.º 02: Formato de Solicitud/autorización del uso de Carbacol

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Nº HISTORIA CLINICA	FECHA - HORA DE PRESCRIPCIÓN	CONCENTRACION	PRESENTACION
CONDICIONES DE USO	CUMPLE	OBSERVACIONES	
Diagnóstico/condición de salud:			
• Paciente con indicación de cirugía de catarata (uso intraoperatorio), incluye indicaciones de cirugía compuesta (como catarata y glaucoma).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Paciente con indicación de cirugía de recambio de lente(s) intraoculare(s) por antecedente de cirugía de catarata (uso intraoperatorio).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Grupo Etario:		Precisar:	
Condición clínica del paciente para ser NO apto de recibir el medicamento*:			
• Falla cardiaca aguda	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Asma bronquial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Espasmos gastrointestinales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Obstrucción del tracto urinario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
• Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Indicación de cirugía de catarata (Orden):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Precisar:	

* De presentar algunas de las condiciones clínicas descritas, debe revalorarse si el paciente debe recibir dicho medicamento.

FECHA

FIRMA Y SELLO DE MEDICO

