ORDEN DE MEDICAMENTOS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E- RIONEGRO
Nit. 890907254
Dir. CRA 70 Nº 40-68 - Tel. 5313700

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/05/2022 04:33:44p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/05/2022 04:33:44p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 91175312 CARLOS HUMBERTO PACHON VEGA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 91175312 Orden N°: 1525825

R/.

Código: A06AB010021 **Medicamento:** BISACODILO 5 MG TAB
Código CUM:19943745-2 **Invima:**2014M-0003206-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA LUEGO DE LA COMIDA CON UN VASO CON AGUA**
Periodo Duración Tratamiento: 4 MESES

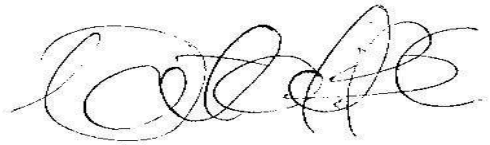
Código: N03AC005011 **Medicamento:** CARBAMAZEPINA 200MG TAB
Código CUM:44969-9 **Invima:**2015M-014867-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 200 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TABLETA CADA 12 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: B03AH011162 **Medicamento:** SULFATO FERROSO 300 MG TAB
Código CUM:20080792-20 **Invima:**2015M-0016190
Medida: TABLETA **Concentración:** 300 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA SOBRE EL ALMUERZO* PRODUCE COLOR OSCURO EN LAS HECES.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Código: B03BF014011 **Medicamento:** ACIDO FOLICO 1 MG TAB
Código CUM:35662-18 **Invima:**2009M-011236-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 1MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA DESPUES DE LA CENA**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: M796 DOLOR EN MIEMBRO
DX Relacionado 1: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 2: K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



DR. NATALI BELLO CIFUENTES
CC 1037586071
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1037586071