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: 10/05/2022 04:00:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 10/05/2022 04:00:28p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21962006 BLANCA EDILMA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaEvento Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21962006 Orden N°: 1522276

R/.

Código: A02BO002101 **Medicamento:** OMEPRAZOL 20 MG TAB
Código CUM:41072-8 **Invima:**2012M-013239-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIAMENTE EN AYUNAS**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

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: 6 meses

Código: D07AB004331 **Medicamento:** BETAMETASONA 0.05% CREMA X 40 GR
Código CUM:19915569-2 **Invima:**2017M-0000359-R2
Medida: TUBO **Concentración:** 0.05% **Via Administración:** TOPICA
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** TUBO X 30 GRS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **APLICAR EN EL AREA AFECTADA 3 VECES AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MES

Código: R06AL016011 **Medicamento:** LORATADINA 10 MG TAB
Código CUM:214251-6 **Invima:**2007M-006968-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 10 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE AL ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N06AB10 **Medicamento:** ESCITALOPRAM 10 MG TABLETA V.O
Código CUM:20088760-2 **Invima:**2016M-0016808
Medida: TABLETA **Concentración:** 10MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB DIARIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

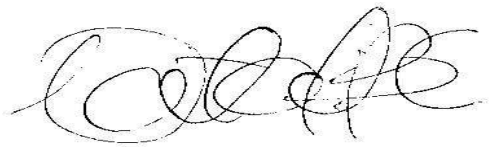
DX Principal: F009 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA (G30.9?)
DX Relacionado 1: F059 DELIRIO, NO ESPECIFICADO

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 10/05/2022 04:00:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 10/05/2022 04:00:28p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21962006 BLANCA EDILMA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaEvento Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21962006 Orden N°: 1522276

R/.

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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