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: 25/10/2022 04:14:16p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/10/2022 04:14:16p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3562373 ORLANDO ANTONIO CASTAÑEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 3562373 Orden N°: 1565774

R/.

Código: PREGABALINA **Medicamento:** PREGABALINA
Código CUM: **Invima:**
Medida: TABLETAS **Concentración:** 75MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N06AA024011 **Medicamento:** AMITRIPTILINA 25 MG TAB
Código CUM:17144-8 **Invima:**2015M-002794-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:**
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta cada NOCHE via oral.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES

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: R01AI017471 **Medicamento:** BROMURO IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF FCOX200PU
Código CUM:20066836-3 **Invima:**2014M-0015094
Medida: FRASCO **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: R03AS001471 **Medicamento:** SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:20001675-1 **Invima:**2009M-0009874
Medida: FRASCO **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFFS CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 5meses

Código: B04AL018011 **Medicamento:** LOVASTATINA 20 MG TAB
Código CUM:40518-6 **Invima:**2018M-012909-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 25/10/2022 04:14:16p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/10/2022 04:14:16p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3562373 ORLANDO ANTONIO CASTAÑEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 3562373 Orden N°: 1565774

R/.

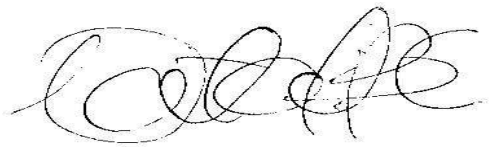
Código: C09AE002011 **Medicamento:** ENALAPRIL 5 MG TAB
Código CUM:40113-37 **Invima:**2018M-013716-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 120 (CIENTO VEINTE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar dos juntas a mañana y noche**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Código: C03AH006011 **Medicamento:** HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
Código CUM:34162-7 **Invima:**2009M-001733-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria en la mañana**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Código: N02BA001011 **Medicamento:** ACETAMINOFEN 500 MG TAB
Código CUM:19935303-4 **Invima:**2018M-0002317-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 500 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 120 (CIENTO VEINTE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA LA 6AM* 12M* 6 PM Y 11 PM SI TIENE FIEBRE O DOLOR**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Relacionado 1: F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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