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 03:18:32p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/10/2022 03:18:32p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21416463 AMPARO DE LOS DOLORES AGUIRRE LOAIZA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 21416463 Orden N°: 1565731

R/.

Código: N06AA024011 **Medicamento:** AMITRIPTILINA 25 MG TAB
Código CUM:17144-8 **Invima:**2015M-002794-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **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 ANTES DE DORMIR**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: C09AE002012 **Medicamento:** ENALAPRIL 20 MG TAB
Código CUM:44569-25 **Invima:**2017M-012985-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tab cada 12 horas 7 am 7 pm**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: A12AC001012 **Medicamento:** CALCIO 600 MG + VITAMINA D 200 UI
Código CUM:19942963-3 **Invima:**2015M-0003124-R1
Medida: UNIDAD **Concentración:** 600-200 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: B03BF014011 **Medicamento:** ACIDO FOLICO 1 MG TAB
Código CUM:35662-18 **Invima:**2009M-011236-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 1 **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

Código: C08CN008141 **Medicamento:** NIMODIPINO 30 MG TAB
Código CUM:40927-14 **Invima:**2017M-013061-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 30 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 90 (NOVENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tab cada 8 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: H03AL006011 **Medicamento:** LEVOTIROXINA 50 MCG TAB
Código CUM:19960116-2 **Invima:**2017M-0005365-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 20 (VEINTE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA MAÑANA EN AYUNAS DE LUNES A JUEVES**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 25/10/2022 03:18:32p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/10/2022 03:18:32p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21416463 AMPARO DE LOS DOLORES AGUIRRE LOAIZA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 21416463 Orden N°: 1565731

R/.

Código: H03AL006012 **Medicamento:** LEVOTIROXINA 100 MCG TAB
Código CUM:42722-2 **Invima:**2018M-005064-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 12 (DOCE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA MAÑANA EN AYUNAS VIERNES SABADO Y DOMINGOS**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

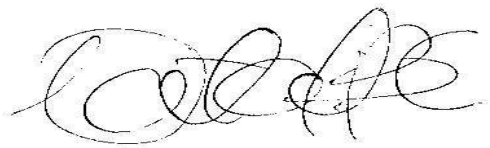
Código: R01AI017471 **Medicamento:** BROMURO IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF FCOX200PU
Código CUM:20066836-3 **Invima:**2014M-0015094
Medida: FRASCO **Concentración:** 20 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: H05AA02 **Medicamento:** TERIPARATIDA 250MCG/ML X 2.4 ML
Código CUM:19941419-3 **Invima:**2014M-0003264-R1
Medida: UNIDAD **Concentración:** 250MCG/ML **Via Administración:** S.C. (SUBCUTANEA)
Cantidad: 5 (CINCO) **Forma Farmaceutica:** UNIDAD **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **aplicar 20 MCG SC dia**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: 103007023 **Medicamento:** ATORVASTATINA 20 MG TAB (REG)
Código CUM:19963352-15 **Invima:**2017M-0005892-R1
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: 5 meses

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: R15X INCONTINENCIA FECAL
DX Relacionado 2: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Relacionado 3: E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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