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: 13/03/2023 03:54:36p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 03:54:36p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3562784 JOSE ANTONIO EUSSE SALAZAR
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 3562784 Orden N°: 1599703

R/.

Código: A10BM011011 **Medicamento:** METFORMINA 850 MG TAB
Código CUM:19905554-12 **Invima:**2009M-13957-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 850 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: C09AE002012 **Medicamento:** ENALAPRIL 20 MG TAB
Código CUM:19955429-5 **Invima:**2016M-0005089-R1
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 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: C08CA010101 **Medicamento:** AMLODIPINO 5 MG TAB
Código CUM:55895-6 **Invima:**2018M-006138-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta Via Oral en la Tarde 5 pm.**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N05AH001201 **Medicamento:** HALOPERIDOL 2MG/ML (0.2%) GOTAS FCO X 500 GOTAS
Código CUM:19974149-2 **Invima:**2007M-0007220
Medida: FRASCO **Concentración:** 2 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 20 CC **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **5 GOITAS EN LA MAÑANA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N06AF013011 **Medicamento:** FLUOXETINA 20 MG TAB
Código CUM:20015903-14 **Invima:**2015M-0011156-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 UNA TABLETA EN LA MAÑANA LUEGO DEL DESAYUNO**
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: 6 MESES
