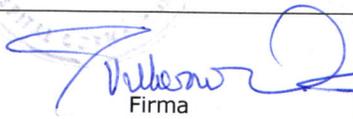


 SERVICIO SALUD AISEN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE	NORMA FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS UNIDAD DE FARMACIA DEPENDIENTE: SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Código:
		Edición: 02
		Fecha inicio Vigencia: 26/12/17
		Páginas: 1 - 15
		Vigencia: 5 años

NORMA FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Carmen Villarroel	Ernesto Araus	Paulina Arriagada Sandra Gálvez
Químico Farmacéutico Responsable Calidad Farmacia	Jefe Farmacia	OCSP
 Firma	 Firma	 Firma y timbre
Fecha: 04/12/2017	Fecha: 26/12/17	Fecha: 26/12/17



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

1. INDICE:

TITULO	Nº página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	3
Excepciones	3
Terminología	4
Descripciones de las Actividades del Proceso	4
Referencias Bibliográficas	6
Anexos	7



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

2. INTRODUCCIÓN:

El término receta procede del latín *recipe*, que significa recíbase o tómesese. La receta médica es el documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico, por lo anterior, la prescripción es un proceso clínico individualizado y dinámico.

En este sentido, se hace necesario establecer institucionalmente la correcta prescripción de la receta médica de acuerdo a las normas vigentes de manera de prevenir errores que se puedan producir en la indicación médica, solicitud y despacho. Los errores que se producen en la cadena del medicamento son potencialmente lesivos para el paciente y, por lo tanto, deben prevenirse, evitarse y corregirse. Por este motivo, prevenir y evitar errores de medicación no es solo una obligación del médico que prescribe el medicamento, sino que debe ser el resultado del esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud implicados en la atención al paciente.

3. OBJETIVOS:

- Estandarizar los requisitos para la correcta prescripción de la receta médica para pacientes hospitalizados y ambulatorios según normativa vigente

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLES	FUNCIÓN
Jefe de farmacia	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento del procedimiento según norma.
Químicos Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento de la normativa.• Supervisar la prescripción médica según norma.
Médicos	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica de acuerdo a formato de prescripción.
Odontólogos	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica de acuerdo a formato de prescripción.
Matronas	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica para aquellos medicamentos relacionados con su especialidad.

5. ALCANCE:

- El protocolo debe ser aplicado en la prescripción de recetas de pacientes hospitalizados y ambulatorios que son atendidos en el establecimiento.

6. EXCEPCIONES: N/A



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

7. TERMINOLOGÍA:

Receta médica simple: es una orden suscrita por un médico Cirujano, Cirujano Dentista, Médico Veterinario, Matrona o cualquier otro profesional legalmente habilitado para hacerlo, con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que la extiende.

Receta médica magistral: es aquella en la que se prescribe una fórmula especial para un determinado paciente, la que debe elaborarse en el momento de su presentación.

Receta médica retenida: es aquella en la que se prescriben productos sujetos a control legal, con control de stock. Receta utilizada para el despacho de Benzodiazepinas.

Receta cheque: es un formulario oficial que forma parte de talonarios que los servicios de salud proporcionan a los Médicos Cirujanos y a las Farmacias para la prescripción de productos estupefacientes y productos psicotrópicos.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

- En la unidad de farmacia, se mantendrá un Libro de registro del profesional Médico y Odontólogo con los siguientes datos:
 - Nombre, apellidos y RUT
 - Firma y código (asignado por departamento de informática)
 - Dirección
 - Especialidad cuando corresponda
- Cada vez que los profesionales necesiten retirar talonario de recetas blancas o verdes deberán concurrir a la unidad de farmacia personalmente, donde registrará en el libro de entrega de recetarios los siguientes datos:
 - Fecha de retiro de la o las recetas
 - Nombre o apellido de médico
 - firma y código del médico
 - Cantidad de recetas retiradas
 - Número(s) de folio(s) o serie
- Para el tratamiento de patologías crónicas, la prescripción de medicamentos no debe ser superior a 30 días. En caso necesario, el médico podrá extender más de una receta, hasta que el paciente tenga su próximo control. Las recetas quedarán en poder del paciente, el que asistirá mensualmente con su receta a la farmacia a retirar sus medicamentos.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Toda receta que se extienda se debe registrar en sistema informático de Farmacia, su historial de retiro quedará consignado en el perfil farmacológico del paciente.
- La receta deben consignar los siguientes datos
 - Nombre del HOSPITAL (impreso) y folio talonario.*
 - Nombre y apellidos del paciente *
 - Edad
 - Nombre del medicamento *
 - Ficha clínica o Rut *
 - Forma farmacéutica y dosificación*
 - Periodo que comprende el tratamiento expresado en número de días
 - Total de unidades a despachar *
 - Fecha de extensión de la receta *
 - Nombre y/o firma y código del profesional facultado para prescribir *

***Campos obligatorios requeridos para el despacho de una receta médica.**

Requisitos de la receta médica:

- La receta médica debe ser prescrita sin registrar siglas ni abreviaturas.
- La receta médica se debe cerrar sin dejar espacios entre la prescripción y la firma.
- La prescripción debe ser extendida de puño y letra del profesional que prescribe, con letra legible y sin enmendaduras. Solamente el profesional que la extendió podrá modificarla, certificando este hecho con su firma.
- Los jarabes deberán ser prescritos indicando la dosis en MG (miligramos) y su correspondiente conversión a ML (mililitros) simultáneamente.
- En cada receta podrá prescribirse un solo producto estupefaciente o psicotrópico en la dosis necesaria para un paciente, indicándose las cantidades en letras y números totales para un mes.
- La dispensación se hará ante la presentación de una receta, debiendo utilizarse los siguientes formularios para la prescripción:
 - Para pacientes ambulatorios de policlínico de especialidades se utilizará la receta COLOR BLANCO. Anexo N° 2
 - Para estupefacientes contenidos en el reglamento de estupefacientes: recetario para estupefacientes y psicotrópicos (RECETA VERDE) Anexo N° 2



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Para psicotrópicos contenidos en el Reglamento de Productos Psicotrópicos, lista II y Lista III: recetario para estupefaciente y psicotrópicos (RECETA VERDE) Anexo N° 2
- Para psicotrópicos contenidos en el Reglamento de Productos Psicotrópicos, lista IV (expendio bajo receta retenida): receta institucional (COLOR BLANCO) Anexo N° 2.
- Para pacientes hospitalizados se utilizará la receta Hospitalizados en duplicado. Anexo N° 2
- Para pacientes hospitalizados en pabellón y pabellón obstétrico se utilizará la receta según Anexo N° 3 y 4
- Para preparación de Nutrición parenteral se utilizará la receta Prescripción parenteral Anexo N° 5
- Para prescripción de Quimioterapia se utilizará la receta Protocolo Quimioterapia Anexo N°...

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Resolución Exenta N° 42/85 21/02/1985. Minsal
- D.S. N° 404 1984. Reglamento de Estupefacientes.
- D.S. N° 405 1984. Reglamento de Psicotrópicos.
- D.S. N° 1506/97, Reglamento de Benzodiazepinas
- Arsenal Farmacológico Hospital Regional Coyhaique.



SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

10. ANEXOS:

ANEXO Nº 1

CLASIFICACIÓN POR LISTA DE LOS MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL (PSICOTRÓPICOS, BENZODIAZEPINAS Y ESTUPEFACIENTES).

PSICOTROPICOS Y BENZODIAZEPINAS

LISTA II

ANFETAMINA CM 10 MG	METILFENIDATO CM 10 MG y 20 MG
KETAMINA FA 500 MG	

LISTA III

FENOBARBITAL CM 15 MG y 100 MG	FENOBARBITAL AMP 200MG
-----------------------------------	---------------------------

LISTA IV

ALPRAZOLAM CM 0,5 MG	CLOBAZAM CM 10 MG	LORAZEPAM CM 2 MG
CLONAZEPAM CM 0,5 MG y 2 MG	DIAZEPAM CM 10 MG	LORAZEPAM AMP 4 MG
HIDRATO DE CLORAL DROGA	DIAZEPAM AMP 10 MG	MIDAZOLAN AMP 5 MG,15 MG y 50 MG



SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

ESTUPEFACIENTES

LISTA I

METADONA AMP 100 MG	MORFINA CLORHIDRATO AMP 10MG Y 20MG	MORFINA 2% SOL ORAL 60 ML
METADONA 10 MG CM	PETIDINA AMP 10 MG	REMIFENTANIL FA 2 MG
FENTANILO AMP 0,1 MG Y 0,5 MG	MORFINA CLORHIDRATO CP 30 MG	FENTANIL PARCHE 25 MCG Y 50 MCG

LISTA II

CODEINA FOSFATO DROGA	CODEINA 6% SOL ORAL 60 ML
--------------------------	------------------------------



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

Receta Cheque

 HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE
FARMACIA Serie: A 0732 /16
SERVICIO SALUD DE AYSÉN Fecha: / /

Nombre y Apellidos del paciente: _____
 RUN del paciente: _____ Edad: _____ Nº Ficha: _____
 Diagnóstico del paciente: _____
 Rp. _____
 (Nombre genérico, dosis de presentación y forma farmacéutica)
 Dosis Diaria: _____
 Período de tratamiento: _____

Nombre y RUN del profesional
Actas Clínicas y Cda. 2004 - Folio 70.844.001-41 - Resolución 1017 - Superintendencia - Folio 15. 201002.02.0001.0004
 TALÓN PARA ADJUNTAR A FICHA CLÍNICA

 HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE
FARMACIA Serie: A 0732 /16
SERVICIO SALUD DE AYSÉN

RECETA CHEQUE PARA ESTUPEFACIENTES Y PRODUCTOS
 PSICOTROPICOS
 receta válida para uso institucional

Ambulatorio Hospitalizado Fecha: / /

Nombre y apellidos del paciente: _____
 RUN del paciente: _____ Edad: _____ Nº Ficha: _____
 Domicilio/Servicio Clínico: _____
 Diagnóstico del paciente: _____
 Rp. _____
 (Nombre genérico, dosis de presentación y forma farmacéutica)
 Dosis Diaria: _____
 Período de tratamiento: _____
 Cantidad total a dispensar (Nº y Letras): _____

Nombre y RUN del Profesional: _____ Firma y Código: _____

USO EXCLUSIVO FARMACIA

Nombre persona que retira: _____
 RUN: _____ Fecha de retiro: / /

Actas Clínicas y Cda. 2004 - Folio 70.844.001-41 - Resolución 1017 - Superintendencia - Folio 15. 201002.02.0001.0004



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO N° 3

SERVICIO DE SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE
PABELLÓN QUIRÚRGICO Y ANESTESIA

RECETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE PACIENTE	
DIAGNÓSTICO	
INTERVENCIÓN	
CIRUJANO	
FICHA	
PREVISIÓN	
FECHA	

CODIGO	MEDICAMENTO	PRES.	CANT	CODIGO	MEDICAMENTO	PRES.	CANT
2161890	ADRENALINA 1 MG	AM		2187931	MANITOL 15 % 250 ML	MTZ	
2130350	AMIKACINA 500 MG.	FA		2187932	MANITOL 15% 500 ML	MTZ	
2160230	AMINOFILINA AM 250 MG.	AM		2191400	METAMIZOL SODICO AM 1G	AM	
2160120	AMIODARONA AM 150 MG	AM		2161501	METILPREDNISOLONA DE 40 MG	JER	
2130415	AMPICILINA FA 500 MG.	FA		2163660	METOCLOPRAMIDA 10 MG.	AM	
2628550	ATRACURIO BESILATO 25 MG.	AM		2163559	METRONIDAZOL AM 500 MG.	AM	
2160310	ATROPINA SULFATO AM 1 MG.	AM		2163705	NALOXONA AM 0,4 MG (NARCAM)	AM	
2160116	AZUL DE METILENO AM 2 % X 2 ML	AM		2163980	NEOSTIGMINA METILSULFATO 0,5	AM	
2130710	BETAMETASONA AM 4 MG	AM		2164050	NITROGLICERINA AM 05 MG/10 ML	AM	
2188517	BICARBONATO DE SODIO 8,4%	AM		2164052	NITROGLICERINA FA 50 MG	FA	
2161901	ROCURONIO 50 MG X 5 ML	FA		2160228	NOREPINEFRINA 4 MG / AM	AM	
2160506	BUPIVACAINA AM 0,5% X 20 ML	AM		2163999	ONDANSETRON 4 MG/AM X 2 ML	AM	
2160507	BUPIVACAINA HIPERB 0,75 % X 2 ML	AM		2161980	OXITOCINA AM 5 UI.	AM	
2145518	CAPTOPRIL 25 MG / CM	CM		2172110	PARACETAMOL SUPOSITORIO 125MG	UD	
2131234	CEFAZOLINA 1 GRAMO	FA		2136635	PENICILINA SODICA 1000000 UI	FA	
2133325	CEFOTAXIMA FA 1 GR	FA		2166406	PENTOTHAL FA 1 GR	FA	
2131197	CEFTRIAXONA FA. 1 G.	FA		2164730	POTASIO CLORURO 10% AM 10 ML.	AM	
2138303	CLINDAMICINA 600 MG	FA		2164867	PROPANOLOL AM 1 MG/1ML	AM	
2160920	CLORFENAMINA MALEATO AM 10	AM		2166403	PROPOFOL 1% X 20 ML	FA	
2131320	CLOXACILINA SODICA FA 500 MG.	FA		2166402	PROPOFOL 1% X 50 ml	AM	
2160129	DANTROLENO SODICO 20	AM		2164820	PROTAMINA SULFATO AM 50 MG	AM	
2160128	DEXAMETASONA 4 MG/AM	AM		2164875	RANITIDINA AM 50 MG	AM	
2160125	DOBUTAMINA AM 250 MG.	AM		2188490	RINGER LACTATO 500 ML	AM	
2161500	DOPAMINA 200 MG/5 ML	AM		2173985	SALBUTAMOL INHAL SIMPLE	FC	
2164841	DROPERIDOL AM 5MG/2 ML	AM		2173982	SALBUTAMOL NEBULIZACIÓN	FC	
2161820	EFEDRINA SULFATO 60 MG (6%)	AM		2188430	SODIO CLORURO 0,9% 1000 ML	MTZ	
2167554	EPINEFRINA RACEMICA	FC		2188425	SODIO CLORURO 0,9% 500 ML	MTZ	
2161900	ERGOMETRINA 0,2/1 ML	AM		2165602	SODIO CLORURO 0,9% X 20 ML.	AM	
2161599	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10 MG	AM		2165600	SODIO CLORURO 0,9 % X 10 ML	AM	
2162140	FITOMENADIONA IM (VIT. K)	AM		2188429	SODIO CLORURO 0,9 % X 3000 ML	MTZ	
2163190	FLUMAZENIL AM 0,5 MG	AM		2188420	SODIO CLORURO 0,9% 250 ML	MTZ	
2162270	FUROSEMIDA AM 20 MG.	AM		2165620	SODIO CLORURO 10% AM 20 ML.	AM	
2133150	GENTAMICINA FA 2 ML 80 MG.	FA		2165601	SODIO CLORURO 30%	FCD	
2160740	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10 ML	AM		2165680	SUCCINILCOLINA CLORURO FA 10	FA	
2187400	GLUCINA 1,5% 3000 ML	MTZ		2188525	SUERO GLUCOSALINO 500 ML	MTZ	
2187520	GLUCOSA 10% 1000 ML	MTZ		2163540	SULFATO DE MAGNESIO 25% 5 ML %	AM	
2187515	GLUCOSA 10% 500 ML	MTZ		2186000	SUSTITUTO DEL PLASMA 6 % X 500 ML	MTZ	
2187560	GLUCOSA 30 % 500 ML	MTZ		2178150	SULFADIAZINA PLATA 1% FC X 400 GR.	PT	
2182274	GLUCOSA 30 % X 20 ML	AM		2166040	TIETILPERAZINA 6,5 MG	AMP	
2187555	GLUCOSA 30% 250 ML.	MTZ		2160124	TRAMADOL AM/100 MG	AM	
2187510	GLUCOSA 5% 1000 ML	MTZ		2116501	VASELINA ESTERIL AM X 10 ML	AM	
2187500	GLUCOSA 5% 250 ML	MTZ		2160499	BEVAZISUMAB 100 MG	FCD	
2187505	GLUCOSA 5% 500 ML	MTZ		2131160	BETAXOLOL 0.5% SOLUC. OFTAL.	FC	
2162410	HALOPERIDOL AM 5 MG.	AM		2131280	CLORANFENICOL UNGUENTO OFT	TU	
2162430	HEPARINA FA 25.000 UI/5 ML.	FA		2175200	CLORHIDRATO FENILEFRINA 2,5 %	FC	
2131465	HIDROCORTISONA FA 500 MG	FA		2139927	GENTAMICINA + BETAMETAZONA (LUNG	TU	
2628425	INSULINA CRISTALINA 100 UI/ML	FA		2175203	CARBACHOL 0,01%	FC	
2164865	KETOPROFENO 100 MG EV	AM		2170246	M/CXIFLOXACINO 0,5% OFT	FC	
2160132	LABELALOL 100 MG / 20 ML	AM		2131276	PROPARACAINA 0,5 % SOL OFT	FC	
2161280	LANATOSID C 0,4 MG	AM		2175205	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA	TU	
2163230	LIDOCAINA AM 2%	AM		2178465	TROPICAMIDA 1% SOL OFT	FC	
2163225	LIDOCAINA AM 5% HIPERBÁRICA	AM		2134760	LINCOMICINA FA 600 MG.	FA	
Otro				Otro			
Otro				Otro			

NOMBRE Y FIRMA ANESTESIOLOGO

NOMBRE Y FIRMA AUXILIAR DE ANESTESIA



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO N° 5

Recetas Nutrición Parenteral

SERVICIO DE SALUD AYSÉN
HOSPITAL COYHAIQUE

N° 002312

PRESCRIPCIÓN PARENTERAL

NOMBRE:

N° FICHA:

SERVICIO:

SALA:

GLUCOSA	cc		Vitaminas	amp.	
	cc		Oligoelement	amp.	
Na Cl 10%	cc		ZnSo4 0,88%	cc	
K Cl 10%	cc		Heparina	UI	
Na Acet 30%	cc		Insulina Crist	UI	
KH2PO4 15%	cc		Ca Glucon. 10%	cc	
MgSO4 25%	cc		Aminoacidos 8.5	cc	
				cc	
			Lipidos	cc	
				cc	

OBSERVACIONES:

Médico: _____ Código: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

FIRMA

Artes Gráficas J.E.S.A. - Fomento - 02246 Valpar.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

Receta Nutrición Parenteral UPC NEO:

Hospital Regional Coyhaique
UCIN
+56672262220

ALPAR 2001

RECETA Para ser administrado en

Nombre : _____

Ficha Nº : _____

Previsión : _____

Diagnóstico: _____

Aminovent Infant 10%	mi.
Lipido al 20%	mi.
Glucosa 50%	mi.
Glucosa 30%	mi.
Cloruro de Sodio 10%	mi.
Acetato de Sodio 30%	mi.
Cloruro de Potasio 10%	mi.
Fosfato Monopotásico 15%	mi.
Gluconato de Calcio 10%	mi.
Sulfato de Magnesio 25%	mi.
Tracelyt	mi.
Sulfato de Zinc 0,88%	mi.
Soluvit	mi.
Heparina 25 UI/1ml	mi.
Volumen total	mi.

04-02-2019

11:14

DRA. SOTTOVIA



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO N° 6: PROTOCOLO QUIMIOTERAPIA:

<p>SERVICIO DE SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Alergias (indicar cual)</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Clase QMT</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Prueba Emb: Fecha:</td> <td></td> </tr> </table>	Alergias (indicar cual)		Clase QMT		Prueba Emb: Fecha:																									
Alergias (indicar cual)																															
Clase QMT																															
Prueba Emb: Fecha:																															
<p>PROTOCOLO QUIMIOTERAPIA CANCER DE _____ : Código 025</p>																															
<p>(Campos obligatorios a llenar) Riesgo emético moderado</p>																															
NOMBRE																															
RUT																															
EDAD		PESO																													
FECHA		TALLA																													
CICLO																															
1.	Suero fisiológico 100 cc/hora IV, volumen total 500 cc + Sulfato de Magnesio (5 cc al 25%) 1 ampolla.																														
2.	Iniciar 30 minutos antes de Quimioterapia: · Dexametasona 8 mg IV. · Ondansetron 8 mg IV o VO (máximo 32 mg al día).																														
3.	<p>Quimioterapia</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 35%;">% drogas</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">100%</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 o 6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px;"></td> <td>AUC</td> <td>IV</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>dosis en mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>250 cc</td> <td colspan="3">Suero glucosado al 5% a pasar en 30 minutos</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Clarence calculado en la mujer</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				% drogas	100%			5 o 6				AUC	IV			dosis en mg			250 cc	Suero glucosado al 5% a pasar en 30 minutos				Creatinina				Clarence calculado en la mujer		
	% drogas	100%																													
	5 o 6																														
	AUC	IV																													
	dosis en mg																														
250 cc	Suero glucosado al 5% a pasar en 30 minutos																														
	Creatinina																														
	Clarence calculado en la mujer																														
5.	<p>Otras indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dexametasona 8 mg cada día VO días 2 y 3. · Metoclopramida 1 comprimido VO cada 8 hrs en caso de náuseas. 																														
6.	<p>Indicaciones Adicionales</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																														
7.	Frecuencia de administración: cada 21 días.																														
8.																															
Firma Médico	Firma Enfermera que revisa	Firma Químico Farmaceutico																													
<p>UNIDAD DE ONCOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE</p>																															