



# Reproduccion Responsable

[info@ospatca.org.ar](mailto:info@ospatca.org.ar) Formulario de prescripcion inicial

Nº Beneficiario: \_\_\_\_\_

## Para completar por el personal administrativo

### Datos del profesional tratante:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Institución: Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Datos del beneficiario:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Practicante:  Si  No

Nivel de escolaridad:  Primario  Secundario  Terciario (universitario)

Fecha 1º consulta: dd/mm/aaaa: \_\_\_\_\_ Concurre:  Sola  En pareja

## Para completar por el profesional actuante:

### Antecedentes familiares:

Oncologicos:  No  Si  Utero

Mama  Ovario [  Primer grado  Segundo grado ]

Cardiovasculares:  No  Si  HTA

Enferm. Coronaria  Otros:

Neurológicos:  No  Si, Cual/es:

Metabólicos:  No  Si  DBT

Dislipemias  Otros:

Hematológicos:  No  Si, Cual/es:

Otras:

### Antecedentes personales:

Tabaquismo:  No  1 - 19 diarios  > 20 diarios

Hipertensión:  Leve (140-159/90-99)

Moderada (160-179/100-109)  Severa (>180/>110)

Enf. Metabólicas:  No  Si, cual/es:

Enf. Cardiovasculares:  No  Si, cual/es:

Enf. Neurológicas:  No  Si, cual/es:

Enf. Oncológicas:  No  Si, cual/es:

Otras:

Menarca: \_\_\_\_\_

Ritmo menstrual:

FUM:

Abortos:  Espontáneo  Complicado  Ninguno  Otros

Edad de IRS: \_\_\_\_\_ Nº de parejas sexuales (desde IRS hasta la fecha):

Antec. MAC:  Met. Naturales  ACO  Inyectable  Preservativo  Diafragma

Espermicida  DIU  Ninguno  Otros:

Tildar lo que corresponda



**O.S.P.A.T.C.A.**

Obra Social del Personal Administrativo y  
Técnico de la Construcción y Afines

Hoja 1/2



# Reproduccion Responsable

info@ospatca.org.ar *Formulario de prescripcion inicial*

Nº Beneficiario: \_\_\_\_\_

## Datos Clínicos y complementarios:

Talla: \_\_\_\_\_ Cms.    Peso: \_\_\_\_\_ Kg.    IMC \_\_\_\_\_    Tension Arterial: \_\_\_\_\_ mm. Hg  
 Pap:  Negativo  Positivo  Displasia Leve  Displasia Moderada  Displasia Severa  
 Ca / adeno Ca  Otras: \_\_\_\_\_  Fecha realización (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
 Examen Mamario  No  Si, fecha de realización (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
 Mamografía  No  Si, fecha de realización (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
 FUM x: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Recibió el Médico el algoritmo terapéutico?  Si  No  
 El Paciente recibió el material educativo?  Si  No

## Propuesta terapeutica

- Metodos naturales
- Métodos de barrera
- Femenino  Masculino    Espermicida  Si  No
- Métodos hormonales
- Contraindicacion absoluta     Contraindicación relativa
  
- Mujer asintomática no fumadora con examen ginecológico y clínico normal
  - Tto. Vía Oral: 0,020 ee + 0,10 levonorgestrel
  - Tto. Vía Intramusc.: 50 enantado de noretisterona + 0,5 valerato de estradiol
  - Con signos de hiperandrogenismo: 35 ee + 2 ac. Ciproterona
  
- Mujer asintomática cursando lactancia > 6 meses
  - 0,030 Levonorgestrel
  
- Mujer de cualquier edad con patologías agregadas
  - Auditoría
  
- Mujer de cualquier edad con examen ginecológico anormal
  - Auditoría
  
- Método mecánico

Seguimiento: fecha de próxima consulta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_

La interrupción del tratamiento impide la continuidad del programa. El paciente deberá ser evaluado como así también el método utilizado.

Tildar lo que corresponda



**O.S.P.A.T.C.A.**

Obra Social del Personal Administrativo y Técnico de la Construcción y Afines