

PRONTEX®
PRONTEX

TARJETA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Dirección del paciente: _____
 Teléfono del paciente: _____
 Nombre del médico: _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

- 1) clasificación del paciente (marque el que corresponde)
 Mujer SIN capacidad de gestación
 Mujer CON capacidad de gestación
 Varón
- 2) Antes de iniciar tratamiento con PRONTEX Kemex, se le advirtió al paciente sobre la teratogenicidad potencial de PRONTEX y la necesidad de evitar el embarazo

Fecha: __/__/____

Firma del médico:

COMPLETAR EL CUADRO A CONTINUACIÓN SÓLO EN CASO DE MUJERES CON CAPACIDAD REPRODUCTIVA

Fecha de prescripción de PRONTEX				
Fecha de prueba de embarazo negativa				
Riesgo de embarazo				
Tratamiento anticoagulante				
Firma del médico				
Fecha de dispensación de PRONTEX				
Firma del farmacéutico				