



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Medicamentos,
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA E INFORME DE LAS CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

(TUPA 118)**I. DATOS DEL PACIENTE:**

Nombres _____

Apellidos: _____

EDAD: _____

Nº de Documento de Identidad (MARCAR): DNI C.E PASAPORTE

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Teléfono (MARCAR): celular fijo _____**II. INFORMACION GENERAL DEL PRESCRIPTOR: (Art.26 de la Ley 26842)**

Nombres _____

Apellidos _____

Especialidad del Profesional: Médico Cirujano Dentista Cirujano Obstetra
(MARCAR):

Nº de Colegiatura Profesional: _____

Dirección del Establecimiento de Salud o Consultorio:

Distrito: _____

Provincia: _____ Teléfono (MARCAR): celular fijo Departamento _____ _____

Correo electrónico: _____

III. JUSTIFICACION MEDICA

Diagnóstico(s) del paciente y/o CIE-10:

1. _____
2. _____
3. _____

Resumen de la Historia Clínica del paciente



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Medicamentos,
Insumos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA E INFORME DE LAS CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

(TUPA 118)

Sustento para la importación y uso del(os) producto(s) farmacéutico(s)

IV. CARACTERÍSTICAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Nº	Nombre del medicamento (DCI/ Marca opcional)	Concentrac. (*)	Forma Farmac.	Vía de admin.	Dosis y Frecuencia	Duración del Tratamiento (mes o día)	Cantidad Total Prescrita (Nº y letras) **
1							
2							
3							
4							
5							
6							

(*) En caso de productos dietéticos o naturales (por ejemplo, multivitamínicos) no es obligatorio

NOTA:

(**) *Ejemplo: 180 tabletas o 3 cajas por 60 tabletas, que sea concordante con la dosis, la frecuencia y el tiempo de tratamiento.*

Se sugiere evitar la automedicación y polifarmacia, podría causar una sobredosificación inadvertida o conllevar a interacciones y posibles efectos adversos constituyendo un problema de seguridad para la salud del paciente.

Firma y Sello del Prescriptor
Nº de Colegio Profesional._____

Fecha de emisión: dd/mm/aaaa

/ /