



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Salud Pública

Dirección 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:

N° 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 (MARCAR):

☐

Dentista Cirujano

☐

Obstetra

☐

N° 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 Salud

Viceministerio  
de Salud Pública

Dirección 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**

N°	Nombre del medicamento (DCI/ Marca opcional)	Concentrac. (*)	Forma Farmac.	Vía de admin.	Dosis y Frecuencia	Duración del Tratamiento (mes o día)	Cantidad Total Prescrita (N° 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 sobredosis inadvertida o conllevar a interacciones y posibles efectos adversos constituyendo un problema de seguridad para la salud del paciente.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Prescriptor  
N° de. Colegio Profesional. \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: dd/mm/aaaa  
/ /