

Santo Domingo, D.N.-
12/03/2026.-

A : **Dra. Mabel Jones**
Directora Hospital Robert Reid Cabral
Su Despacho

Vía : **Licda. Gisél Díaz**
Administradora.

Asunto : **Solicitud de Medicamento.**

Anexo : **Formulario de Requisición.-**

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar la compra de lo anexado en la requisición, para ser usado en pacientes de este centro de salud, Para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,

Licda. Altagracia Díaz
Encargada de farmacia.

12/03/2026

FICHA TECNICA

AREA SOLICITANTE:

FARMACIA

DEPARTAMENTO:

FARMACIA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	ACRONISTINA SUSPENSION 30ML 100,000 UI	5	
	TRAZIDEX UNGUENTO	1	
	SUCRALFATO 1GR SOBRE	60	
	FOSFOMICINA 1GR (FOSFOCIL) I.V AMP	6	
	LISOZIMA 250 MG X 30 CAPS ETHICAL	1	
	RECOVERON UNGÜENTO 3.5GR	2	
	TRAZIDEX UNGENA UNGUENTO 3.5 GR	1	
	XOLOF-D UNIG. 3.5	1	
	NEXIUM 40MG AMPOLLA IV INYECTABLE	12	
	NEXIUM 40MG TABLETA CAJ/14	1	
	DOXICICLINA 100 MG CAPSULA CAJ/50	1	
	IXMU GOTA OFTALMICA 5ML	1	
	SEPTOMIDA SPRAY 50 ML	1	
	CURA-CLEAN ANTISEPTICO SPRAY 30 ML	1	
	TRIMETOPRIM -SULFAMETOXAZOL 80/ 400MG AMP	18	
	CITRAFLEET ORAL POLVO SOBRE	6	
	PEGLAX 3350 POLVO SOBRE	12	
	GLUCONATO DE POTASIO (ION-K) ELIXIR 240ML	4	
	CEUMID (LEVETIRACETAM) 100 MG X 150 ML JARABE	3	
	CEFTAZIDIMA 1G INY FCO. AMP. RICHE	7	
	AQUADRAN GEL LUBRICANTE OCULAR 10G	1	
	STOMET L CAPSULA CAJ /24	1	
	RELCER GEL 180ML	1	
	ZINOTRES 40 MG TABLETA CAJ/30	1	
	CICLOFOSFAMIDA 1G	2	
	ONDASSETRON 8MG/4ML AMP	2	
	MESNA DE 400MG INY. AMP	6	

D/O
Licda. Altigracia Diaz
ENC. DE FARMACIA
Henry Ramirez