

Nombre:
Apellidos:
Año de Nacimiento:
Teléfono:

Dr./Dra: **Dra. Iris Espinosa Hidalgo** N° Col.:
Provincia: **1º Col.: 03 / Hosp./Centro:**
Fecha: **10/12/06** Firma: **Alergología**
Ref. tratamiento anterior:

PRESCRIPCIÓN

Clustoid^{MAX}

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO 1 VIAL CL11M 1 VIAL CL11M
 2 VIALES CL12M 2 VIALES CL12M

SEÑALAR 2 Ó 3 ALÉRGENOS

- 358 GRAMÍNEAS¹ 10.000 UT/mL
- 301 6 GRAMÍNEAS² 10.000 UT/mL En caso de prescribir gramíneas marcar únicamente una de las cuatro opciones.
- 311 2 GRAMÍNEAS³ 10.000 UT/mL
- 05 LILIUM PERENNE 10.000 UT/mL
- 02 BETULA VERRUCOSA 10.000 UT/mL
- 17 OLEA EUROPAEA 10.000 UT/mL
- 63 CUPRESÁCEAS 10.000 UT/mL
- 35 PLATANUS HISPANICA 10.000 UT/mL
- 302 ARTEMISIA VULGARIS 10.000 UT/mL
- 306 PARIETARIA JUDAICA 10.000 UT/mL
- 311 SALSOLA KALI 10.000 UT/mL
- 314 PLANTAGO LANCEOLATA 10.000 UT/mL
- M09 DERMATOPHAGOIDES 10.000 UT/mL En caso de prescribir Dermatophagoides, marcar únicamente una de las dos opciones.
- 601 D. PTERONYSSINUS 10.000 UT/mL
- 603 LEPIDOGLYPHUS DESTRUCTOR 10.000 UT/mL
- 604 TYROPHAGUS PUTRESCENTIAE 10.000 UT/mL
- 608 BLOMIA TROPICALIS 10.000 UT/mL
- 301 GATO 10.000 UT/mL

Clustoid^{MAX} ALTERNARIA

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO 1 VIAL CL11M 1 VIAL CL11M
 2 VIALES CL12M 2 VIALES CL12M

FÓRMULAS DISPONIBLES

- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 10.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- MG58 GRAMÍNEAS¹ 10.000 UT/mL
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- T517 OLEA EUROPAEA 10.000 UT/mL
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- W311 SALSOLA KALI 10.000 UT/mL
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- T563 CUPRESÁCEAS 10.000 UT/mL
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- MG58 GRAMÍNEAS¹ 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 10.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- MG58 GRAMÍNEAS¹ 10.000 UT/mL
- T517 OLEA EUROPAEA 10.000 UT/mL
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL
- T517 OLEA EUROPAEA 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 10.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)

Clustoid[»] ALTERNARIA

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO 1 VIAL CL11 1 VIAL CL21
 2 VIALES CL12 2 VIALES CL22

P901 ALTERNARIA ALTERNATA 10.000 UT/mL

ALXOID[®]

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
 VIALES A,B AX11 1 VIAL B AX21
 VIALES A,B AX12 2 VIALES B AX22

Alutek[®]

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
 VIALES O,A,B AT0 1 VIAL B AT21
 VIALES A,F AT1 2 VIALES B AT22

ORALTEK[®] perlingual[®] SPRAY

SPRAY 2 FRASCOS SP2

Clustoid[»]

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
 1 VIAL CL11 1 VIAL CL21
 2 VIALES CL12 2 VIALES CL22

SEÑALAR COMO MÁXIMO 4 ALÉRGENOS

- PÓLENES**
- MG01 6 GRAMÍNEAS²
 - MG11 2 GRAMÍNEAS³
 - G102 CYNODON DACTYLON
 - G105 LILIUM PERENNE
 - T517 OLEA EUROPAEA
 - T523 CUPRESSUS ARIZONICA⁴
 - T535 PLATANUS HISPANICA
 - W302 ARTEMISIA VULGARIS
 - W305 CHENOPODIUM ALBUM
 - W306 PARIETARIA JUDAICA
 - W311 SALSOLA KALI

ACAROS

- MM09 DERMATOPHAGOIDES (D. pteronyssinus, D. farinae)
- MG01 D. PTERONYSSINUS
- MG02 D. FARINAE
- MG03 LEPIDOGLYPHUS DESTRUCTOR
- MG04 TYROPHAGUS PUTRESCENTIAE
- MG08 BLOMIA TROPICALIS No disponible para ALUTEK

EPITELIOS

- E801 GATO
 - E802 PERRO
- HONGOS** (solo disponibles para ORALTEK y ALUTEK)
- P901 ALTERNARIA ALTERNATA
 - P904 CANDIDA ALBICANS

OBSERVACIONES:

Clustoid^{MAX} FORTE

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO 1 VIAL CL11MF 1 VIAL CL11MF
 2 VIALES CL12MF 2 VIALES CL12MF

FÓRMULAS DISPONIBLES

- 658 GRAMÍNEAS¹ 30.000 UT/mL
- 517 OLEA EUROPAEA 10.000 UT/mL
- 658 GRAMÍNEAS¹ 30.000 UT/mL
- 502 BETULA VERRUCOSA 10.000 UT/mL
- 658 GRAMÍNEAS¹ 30.000 UT/mL
- 563 CUPRESÁCEAS 10.000 UT/mL
- 658 GRAMÍNEAS¹ 30.000 UT/mL
- 535 PLATANUS HISPANICA 10.000 UT/mL
- 658 GRAMÍNEAS¹ 30.000 UT/mL
- 601 D. PTERONYSSINUS 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 30.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- 603 LEPIDOGLYPHUS DESTRUCTOR 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 30.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- 608 BLOMIA TROPICALIS 10.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 30.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- IG01 6 GRAMÍNEAS² 30.000 UT/mL

Doctylis glomerata, Phleum pratense, Doctylis glomerata, Trisetum panicum.
Doctylis glomerata, Poo pratensis, Holcus lanatus, Setaria pratensis, Phleum pratense, Lolium perenne.
UT: Unidades Terapéuticas. UTM: Unidades Terapéuticas de alérgenos conjugados con manana.

Clustoid^{FORTE}

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO 1 VIAL CL11-3F 1 VIAL CL 21-3F
 2 VIALES CL12-3F 2 VIALES CL 22-3F

SEÑALAR ÚNICAMENTE 1 ALÉRGENO

- MG01 6 GRAMÍNEAS² 30.000 UT/mL
- MG11 2 GRAMÍNEAS³ 30.000 UT/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 30.000 UT/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- MG01 D. PTERONYSSINUS 30.000 UT/mL

SLIM^{TDC}

INICIACIÓN **MANTENIMIENTO**
TRATAMIENTO SPRAY 2 FRASCOS MSP1 SPRAY 2 FRASCOS MSP2

FÓRMULAS DISPONIBLES

- MM09 DERMATOPHAGOIDES 3.000 UTM/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 3.000 UTM/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- MG03 LEPIDOGLYPHUS DESTRUCTOR 3.000 UTM/mL
- MM09 DERMATOPHAGOIDES 3.000 UTM/mL (D. pteronyssinus, D. farinae)
- MG08 BLOMIA TROPICALIS 3.000 UTM/mL
- MG58 GRAMÍNEAS¹ 5.000 UTM/mL

NOMBRE: DIRECCIÓN: N°:
CIUDAD: PROVINCIA: C.P.: TEL.:
NIF/CIF: EMAIL: FECHA: / /

Para conocer el estado de fabricación de esta vacuna consulte www.inmunotek.com/farmacias FARMACIA, LE AGRADECEREMOS QUE REMITA EL ORIGINAL AL LABORATORIO

Hoja clínica

Nº Historia:	6660107385	Tlfno:	601342426
Nombre:	CLIMENT GARCIA, ANTONIO JOSE		
F. Nacimiento:	18/12/1952	Edad:	73 años
Episodio:	40382757	F.Adm:	13/05/2026 10:10
Cobertura:	ADESLAS		
Poliza:	666000001/036024706/00		
Plan:	ADESLAS ALICANTE		
Servicio:	ALERGOLOGIA (Hoja Clínica)		
Centro:	CM Adeslas Alicante		
Profesional:	ESPINOSA HIDALGO, IRIS		
Nº Colegiado:	030312096		

Anamnesis: (Fecha registro: 13/05/2026 10:19)

Rev/

Seguimiento rinitis

Muy sintomático desde el invierno.

Pauto ITE de nuevo: CLUSTOID MAX olea+gramíneas+salsola

Renuevo ttos, modifíco ebastel por bilamax y pauto ryaltris

PARA INICIAR LA VACUNA:

- Deberá coger cita en el mostrador indicando que se trata de un inicio de vacunación. Se le dará cita en las dos primeras horas de consulta, dado que permanecerá bajo vigilancia en total una hora para prevenir posibles efectos adversos.
 - Esta vacuna (IT) tiene que estar en la nevera dentro de una bolsa de plástico hermética para mantenerse en buen estado. Para transportarla, llévela siempre en su caja.
 - En caso de que cuando tenga cita para iniciar la vacuna se encuentre con:
 - * Una crisis de asma.
 - * Fiebre o una infección respiratoria (catarro con síntomas gripales, como son malestar general, dolor muscular, dolor de articulaciones, tiritonas o escalofríos).
 - * Hepatitis, mononucleosis, tuberculosis activa u otro proceso infeccioso similar.
 - * Si ha recibido vacuna con virus atenuados en los 7-10 últimos días.
 - * Entre las vacunas del Covid y la vacuna de alergia se recomienda un período de no menos de 7 días.
- Deberá RETRASAR la cita al menos 7 días para poder empezar la vacuna en condiciones de seguridad.

Dra. Iris Espinosa Hidalgo
Nº Col.: 03/12096
Alergología

RECETA MÉDICA - MUTUALISMO



MUTUALIDAD GENERAL DE
FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO



PRESCRIPCIÓN (Consignar el principio activo o producto, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)
Nº envases / unidades

Custoid max inicio

2 vial.

CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO

La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción; la medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

N.º afil. 036024706

Paciente (Nombre y apellidos y año de nacimiento)
Aonio José Echeverry
garcía. 1952

Prescriptor (datos de identificación y firma)
Dra. Iris Espinosa Hidalgo
Nº Col.: 03/12096
Alergóloga

Fecha de la prescripción

Farmacia (NIF/CIF, identificación, fecha de dispensación y firma)

Duración del tratamiento
Posología
unidades pauta

Nº orden dispensación
Fecha prevista dispensación

Información al farmacéutico y visado, en su caso

Motivo de la sustitución

Urgencia
 Desabastecimiento

Firma del farmacéutico

Y11A04318117



PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos de la receta serán procesados para el gestión de la prestación farmacéutica por MUFACE en el ámbito del SNS, conforme al Registro de Actividades de Tratamiento de la Mutualidad. Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante esta dirección del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE (dpsan@muface.es). Más información en la página del tablero y en "Privacidad y protección de datos" www.muface.es.