

Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

AL MÉDICO PRESCRIPTOR

- (1) Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara.
- (2) El criterio general de aprobación de las solicitudes se basa en los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicine Agency (EMA), para las indicaciones precisadas en cada caso.
- (3) Se puede programar más de 1 ciclo de tratamiento y hasta 6 meses en un solo pedido.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD..... SEXO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....

TELÉFONO:

DIAGNÓSTICO:

Nº DE CICLO:

ALTURA: PESO:..... SUPERFICIE CORPORAL:.....

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

NOMBRE Y APELLIDO:

ESPECIALIDAD:

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (*incluir prefijo*):

DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN EFECTUADA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (*incluir estadio e inmunohistoquímica*).....

.....

.....

.....

.....

ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE:

- Deterioro Cognitivo:
- Insuficiencia Respiratoria:
- Insuficiencia Cardíaca:
- Insuficiencia Renal Crónica:
- Hepatopatías:
- CFR:



Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

Aclarar:

AMBULANTE	SEMI-AMBULANTE	NO AMBULANTE

TERAPIA/S PREVIA/S:

Cirugía:
Quimioterapia:
Hormonoterapia:
Inmunoterapia:
Radioterapia:
Diálisis:

TIPO DE TERAPIA

Marcar el tipo de terapia que corresponda:

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1° LÍNEA	2° LÍNEA	3° LÍNEA

TERAPIA/S PREVIA/S:

Cirugía	Fecha:
Quimioterapia	Fecha:
Hormonoterapia	Fecha:
Inmunoterapia	Fecha:
Radioterapia	Fecha:
Diálisis	Fecha:

FECHA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTERIOR:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO

Completar por ciclo si es diferente:

Número total de ciclos:

Frecuencia de los ciclos:

Tiempo de tratamiento:

Fecha programada de inicio de tratamiento:/...../.....

MEDICAMENTOS (incluir sólo con nombre genérico):

.....

.....

Dosis/m² o Kg Dosis total por ciclo..... Días de admin.....Intervalo

.....

Aclarar número de envases que necesita por ciclo, por medicamento y vía de suministro.

1)

2)

3)

4)

5)

6)

.....

.....

Entidad:

Firma, Apellido y Nombre del Director de la Entidad:

Firma y sello del Director:

Firma y sello del prescriptor:

Fecha de prescripción:/...../.....

Sr. Profesional: Esta solicitud debe presentarse al inicio del tratamiento, en la reevaluación y ante un cambio de dosis o medicación. Recuerde reevaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo, según corresponda a la patología del paciente.

