



ANEXO IV Solicitud de Medicamentos

Al médico tratante:

- (1)** Esta Dirección cubrirá los medicamentos y/o elementos de tecnología sanitaria que se encuentren incluidos en los módulos/anexos del Sistema Único de Reintegros (SURGE) (Resolución N° 1200/12, 731/23, ambas de la Superintendencia de Seguros de Salud, más sus complementarias y modificatorias).
- (2)** No se aceptarán prescripciones con marca comercial u orientación a la misma.
- (3)** Utilizar letra clara.
- (4)** Se puede programar más de 1 ciclo de tratamiento y hasta 6 meses en un solo pedido.

Datos del paciente

Nombre y apellido:

Tipo y número de documento de identidad:

Edad: Sexo:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono: Celular:

Correo electrónico:

Diagnóstico:

N° de ciclo:

Altura: Peso: Superficie corporal:

Datos del médico tratante

Apellido y nombre del médico tratante:

Especialidad:

Servicio: Sello de la institución:

Jefe de Servicio o Director que avala:

Teléfono de contacto con médico Interno:

Celular Correo Electrónico:

Diagnóstico que justifica la indicación efectuada

Diagnóstico: Fecha del diagnóstico: / /

Resumen de historia clínica (incluir estadío e inmunohistoquímica):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Métodos complementarios de diagnóstico:

.....
.....
.....

Estado general y funcional del paciente: (Deterioro Cognitivo; Insuficiencia respiratoria y/o cardíaca y/o renal; Hepatopatías; CFR; etc)

.....
.....
.....

Aclarar:

Ambulante	Semi ambulante	No ambulante

Tratamientos previos:

.....
.....
.....

Tipo de terapia/s previa/s: (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, radioterapia, diálisis, etc, indicando fecha de práctica)

.....

.....
.....
Tipo de terapia:

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

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

Fundamentación del tratamiento solicitado:

.....

.....

.....

Entidad: Sello.....

Apellido y nombre del Director de la entidad:

Firma: Sello:

Firma y sello del prescriptor:

Fecha de prescripción: / /