

Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud

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).
- (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:

N° 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 estadío e inmunohistoquímica):

.....

.....

.....

.....

Estado funcional del paciente:

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

Aclarar

AMBULANTE	SEMI-AMBULANTE	NO AMBULANTE

Terapia/s previa/s:

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

Tipo de terapia

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1° LINEA	2° LINEA	3° LINEA

Terapia/s previa/s:

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

Fecha y respuesta al tratamiento anterior:

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:

Apellido y nombre del Director de la entidad:

Firma: Sello:

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.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: FORMULARIO MEDICAMENTOS DADSE

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.