



Formulario de Solicitud de Medicamentos
PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD

AL MÉDICO PRESCRIPTOR

- (1) Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara. (se rechazarán solicitudes ilegibles)
- (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 3 meses en un sólo pedido.

DATOS DEL PACIENTE NOMBRE

Y APELLIDO:

.....

EDAD.....SEXO:

DNI.....

BENEFICIO Nº.....

LOCALIDAD:.....

PROVINCIA:.....

TELÉFONO:

DIAGNÓSTICO:

.....

ALTURA:.....PESO:.....

SUPERFICIE CORPORAL:.....

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

NOMBRE Y APELLIDO:

.....

..... ESPECIALIDAD:

.....

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (*incluir prefijo*):

.....

CORREO ELECTRONICO:

.....

DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN EFECTUADA RESUMEN

DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA/S PREVIA/S:

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

FECHA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTERIOR:

.....

.....

.....

.....

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO

- Número total de ciclos:

.....

- Frecuencia de los ciclos:

.....

- Tiempo de tratamiento:

.....

MEDICAMENTOS (incluir sólo con nombre genérico):

.....

.....

.....

.....

Dosis/m² o Kg Dosis / día.....

.....

Dosis total por ciclo.....

.....

Días de administración.....

.....

Intervalo.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Institución

.....

Firma y sello del prescriptor:

Firma y sello del Jefe de Servicio:

Firma del Director del Hospital:

Fecha de prescripción:/...../.....