



## **SOLICITUD DE ELEMENTOS DE TECNOLOGIA BIOMEDICA**

AL MÉDICO TRATANTE:

1. POR FAVOR CONSIGNAR TODOS LOS DATOS QUE CORRESPONDAN CON LETRA DE IMPRENTA Y CLARA.
2. ESTA DIRECCIÓN OTORGA SOLO AQUELLOS ELEMENTOS AVALADOS POR ANMAT, FDA Y EMEA, DE LOS CUALES EXISTA EVIDENCIA CIENTIFICA INTERNACIONAL QUE SOSTENGA LA EFECTIVIDAD DE SU UTILIZACION. SE PROVEERAN ELEMENTOS STANDAR Y NACIONALES. SE CONTEMPLARÁN EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS.
3. **EN NINGUN CASO SE ACEPTARAN PRESCRIPCIONES CON MARCA COMERCIAL U ORIENTACION A LA MISMA.**

**Datos del paciente y del médico tratante:**

Apellido y Nombre del paciente			DNI	
Edad	Sexo	Peso	Talla	Nº de historia Clínica
Apellido y nombre de médico tratante			Especialidad	
Servicio			Institución	
Jefe de Servicio o Director que avala			Teléfono de contacto con médico Interno: Celular y E- Mail:	

**Datos del elemento solicitado**

Nombre del elemento y cantidad	
Especificaciones técnicas (letra clara x favor) sin marca comercial.	

**Datos de la enfermedad actual**

Diagnóstico			Fecha diagnóstico
Métodos comp. de diagnóstico			
Estado general del paciente		ambulatorio	Internado
Tratamientos previos			
Tipo de intervención	EMERGENCIA	URGENCIA	PROGRAMADA
Fundamentación del tratamiento solicitado			
Aprobación del elemento a pedir	ANMAT	EMEA	FDA

**Lugar y fecha:**

**Firma y sello de medico tte. y director :**

**Sello Hospital:**