

Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de 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:
Nº DE CICLO:.....
ALTURA: PESO:..... SUPERFICIECORPORAL:.....

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 Salud.

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 Salud.

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.

