

Solicitud de Fármacos por vía de excepción

MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA
NO INCLUIDOS EN EL PMO



IMPORTANTE: La falta de algún dato impedirá que la solicitud sea tratada en el Consejo de Administración.

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA AFILIADA _____

EDAD _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____ AFILIADO/A N° _____

PESO (EN Kg.) _____ TALLA (en cm.) _____ FECHA ____/____/____

PROFESIONAL INTERVINIENTE _____ MATRÍCULA N° _____

ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____

DIAGNÓSTICO (Codificado) _____

DROGA SOLICITADA _____

En caso de requerir una determinada marca, debe adjuntar el resumen de Historia Clínica con evidencia científica respaldatoria.

FECHA PROGRAMADA DE INICIO DEL TRATAMIENTO ____/____/____

DROGA	DOSIS DIARIA	TIEMPO DE UTILIZACIÓN
1		
2		
3		
4		

ESQUEMA TERAPÉUTICO _____

CRITERIO DE TRATAMIENTO CURATIVO SÍ NO

CRITERIO PALIATIVO SÍ NO

IMPORTANTE: Se deberá adjuntar el consentimiento informado según Ley, junto a la Historia Clínica, receta de medicamentos y estudios de diagnóstico específico según patología.

En caso de tratarse de solicitudes de personas adherentes y sus beneficiarios, se deberá adjuntar, junto al formulario, el rechazo conformado de su obra social obligatoria como jubilada o pensionada.

VENTAJAS COMPARATIVAS DEL FÁRMACO INDICADO _____

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA _____

Esta medicación debe estar indicada por médico especialista calificado

____/____/____
FECHA DE RECEPCIÓN

FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL SOLICITANTE

FIRMA CONFORMIDAD
DEL AFILIADO/A