

**FICHA MEDICA PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS
DE EXCEPCION, DE USO NORMALIZADO Y DESTINADOS A PLANES ESPECIALES**

PARA SER COMPLETADO POR I.PRO.S.S.

Delegación Fecha / / N° Expediente
Firma y sello del personal N° de Afiliado

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Apellido y Nombres
 Edad N° de Afiliado / Fecha / /
 Domicilio Localidad
 Teléfono Email
 Problema de Salud o Diagnóstico

 Resumen de Historia Clínica

TRATAMIENTO SOLICITADOS

Medicamento (Nombre genérico)	Forma Farm.	Dosis/ Unidad o Conc.	Dosis por Toma o Adm.	Intervalo de Adm

Duración del Tratamiento: Única dosis Días Meses
 Objetivo Terapéutico del tratamiento solicitado

MATERIAL DESCARTABLE

Descripción	Cantidad Diaria

Tratamientos previos recibidos (si corresponde)

Informe anátomo-patológico (si procede)

Procedimiento/s Diagnóstico/s (si procede): marcar con una cruz y describir el/los resultado/s

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> DOPPLER | <input type="checkbox"/> MAMOGRAFÍA | <input type="checkbox"/> PUNCIÓN BIOPSIA |
| <input type="checkbox"/> TAC | <input type="checkbox"/> C. GAMMA | <input type="checkbox"/> ELECTROENCEFALOG | <input type="checkbox"/> OTRO |
| <input type="checkbox"/> ECO | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFÍA | <input type="checkbox"/> ELECTROMIOGRAMA | |

Determinaciones Bioquímicas (si procede)

Estadío de enfermedad, Score de evaluación y/o performance clínica (en todos los casos)

En todos los casos señalar datos de significación y adjuntar fotocopia de los informes correspondientes

.....
Firma y Sello del Profesional Actuante

AUDITORÍA I.PRO.S.S

TRATAMIENTO AUTORIZADO

Rp. N°	Medicamento	Forma Farmac.	Dosis/Unidad	Presentación	Cant. de env. totales	Duración tratamiento

N° Autorización

Fecha Autorización: / /

Sello y Firma

Aclaración Firma

TRATAMIENTO DENEGADO (fundamentación)