

# Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Salud de la Nación

## 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), 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 6 meses en un solo pedido.

## DATOS DEL PACIENTE

---

NOMBRE Y APELLIDO: .....

EDAD:..... SEXO:.....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....

TELÉFONO: .....

DIAGNÓSTICO: .....

Nº DE CICLO:.....

ALTURA: ..... PESO:..... SUPERFICIE CORPORAL:.....

## 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 de la Nación

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° LINEA	2° LINEA	3° LINEA

## 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 de la Nación

## 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/m<sup>2</sup> 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.

