

**FICHA CLINICA PARA LA SOLICITUD DE:
MEDICAMENTOS DE EXCEPCION
Y DE USO NORMALIZADO**

ASISTENCIA FARMACEUTICA AMBULATORIA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEMPRE
Provincia de La Pampa

PARA SER COMPLETADO POR SEMPRE

| | | |
|---|------------|---------------|
| Delegación | Fecha: / / | Nº Expediente |
| Firma y sello del personal responsable: | | |

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

| | | |
|--------------------|------------|-----------|
| Nombre y Apellido | Fecha: / / | |
| Número de Afiliado | Edad: | Teléfono: |
| Dirección | Localidad | E-mail |

Problema de Salud o Diagnóstico:

Resumen de Historia Clínica:

TRATAMIENTO SOLICITADO:

| Monodroga | Forma Farm. | Dosis/Unidad o Conc. | Dosis por Toma o Adm. | Intervalo de Adm. |
|-----------|-------------|----------------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Duración del tratamiento:
Unica dosis: Días Meses

Objetivo Terapéutico del tratamiento solicitado:

MATERIAL DESCARTABLE

| Descripción | Cantidad Diaria |
|-------------|-----------------|
| | |
| | |
| | |

Para el caso de Patologías Especiales completar al dorso (transplantados, hemofílicos, dializados, etc.)

Tratamientos previos recibidos (si corresponde)

Informe anátomo-patológico (si procede):

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

RX TAC ECO RMN DOPPLER
C. GAMMA ANGIOGRAFIA MAMOGRAFIA ELECTROENCEFALOG.
ELECTROMIOGRAMA PUNCION BIOPSIA OTRO.....

Determinaciones Bioquímicas (si procede)

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

AUDITORIA SEMPRE

TRATAMIENTO AUTORIZADO

| Rp.Nº | Medicamento | Forma Farmac. | Dosis/Unidad | Presentación | Cant. envases totales | Duración Tratamiento |
|-----------------|-------------|---------------|--------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| Nº AUTORIZACION | | | | FECHA AUTORIZACION / / | | |
| Sello y Firma | | | | Aclaración Firma | | |

Tratamiento denegado (fundamentos):

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

Firma y Sello del Profesional Actuante