



**Ministerio de Desarrollo Social**  
**Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

AL MÉDICO TRATANTE:

- 1) POR FAVOR CONSIGNAR LOS DATOS QUE CORRESPONDAN CON LETRA DE IMPRENTA Y CLARA.
- 2) ESTA DIRECCIÓN TIENE COMO CRITERIO GENERAL DE APROBACIÓN A LOS MEDICAMENTOS APROBADOS POR ANMAT, FDA Y EMEA, PARA LAS INDICACIONES PRECISAS DE CADA UNO.
- 3) SE PUEDE PROGRAMAR MAS DE 1 CICLO DE TRATAMIENTO Y HASTA 6 MESES EN UN SOLO PEDIDO.

Datos del paciente y del médico tratante:

Apellido, Nombre y DNI del paciente		Apellido y nombre de médico tratante	
Edad		Matrícula profesional (sello)	
Sexo		Especialidad	
Peso		Institución SELLO	
Talla		Telefono directo o celular	
Superficie Corporal		Jefe de Servicio o Director que avala.	

Datos de la enfermedad actual

Diagnóstico		Fecha diagnóstico		Estadificación	
Biopsia (fecha y conclusión)				Inmunomarcación, genotipo, carga viral	
Tratamientos previos realizados					
Performance actual del paciente					
Fundamentación del tratamiento solicitado					
Aprobación de la indicación por ANMAT-FDA-EMEA	ANMAT		EMEA		FDA

Datos de la medicación solicitada

Nombre de la droga	
Marcas comerciales	
Forma farmaceutica y cantidad solicitada por día y por mes	
Tiempo de tratamiento estimado (ciclos e intervalo interciclos)	

Lugar y fecha:

Firma y sello medico tratante:

Firma y sello de Director del Hospital