

Formulario ⁽²⁾: MEDICAMENTOS POR VÍA EXCEPCIÓN – GENERAL
RENOVACIÓN

Nombre y Apellido					
Beneficiario N°		Fecha Nac. / /			
Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción					
ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio de tratamiento.					
TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE ACTUALMENTE					
Droga	Dosis	Droga	Dosis		
Tratamientos no farmacológicos actuales	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>NO</div> <div> </div> </div>	Detallar:			
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>SÍ</div> <div> </div> </div>				
Estudios complementarios realizados a posteriores a la ultima autorización (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)					
FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *					
Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases/ mes		
* Monoterapia: SÍ / NO Asociada con:					
Duración estimada del tratamiento:					
Score actual:					
Lugar y fecha		Firma y sello del médico especialista			
				Tel.	
				Fax	
		Mail			
NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora					