

## ANEXO II – B (DISPOSICION 011/05)

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEMENTOS DE OSTOMIA

A completar por el médico de cabecera.

**UGL:**.....

**Agencia:**.....

#### 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:.....

**Número de Beneficio:**.....

Número de Documento:.....

Domicilio: Calle.....Nº.....Localidad.....

Teléfonos (del Titular y Familiar):.....

Edad:..... Sexo:..... Peso:.....

Diagnóstico de enfermedad:.....

.....

Enfermedad de Base:.....

.....

Intolerancia o Alergia a algún insumo en particular.....

.....

TIPO DE OSTOMA: Definitivo..... Transitorio.....

Colostomía..... Ileostomía..... Urostomía.....

Módulo:..... Medidas:.....

#### 2. DATOS DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre y Apellido:.....

Número de Matrícula:.....

Domicilio Profesional:.....

Teléfono:.....

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO