

**SOLICITUD DE FARMACO DE USO RESTRINGIDO POR ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL  
PENCO-LIRQUEN:**

NOMBRE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FARMACO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

INDICACION MEDICA: \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE FARMACO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Adjuntar evidencia científica** (Se tomarán en cuenta los estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios farmacoeconómicos), **antecedentes médicos** (ficha, recetas, exámenes, etc), **informe socioeconómico de Asistente Social del Hospital**, otros.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre y Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

FARMACIA:

- **Fármaco no pertenece al arsenal farmacológico:** \_\_\_\_\_
- **Fármaco pertenece al arsenal pero no está autorizado su uso en esta especialidad:** \_\_\_\_\_
- **Costo aproximado del tratamiento:** \_\_\_\_\_
- **Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma Jefe de Farmacia

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dosis autorizadas: \_\_\_\_\_