

SOLICITUD DE FARMACO DE USO OCASIONAL HOSPITAL PENCO-LIRQUEN

SERVICIO SOLICITANTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

N° DE FICHA CLINICA DIAGNOSTICO:

JUSTIFICACION DE LA PETICION:

NOMBRE DEL FARMACO:

PRESENTACION:

DOSIS TOTAL:

DURACION DEL TRATAMIENTO:

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

V° B° JEFE CENTRO RESPONSABILIDAD

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

COMITÉ DE FARMACIA

AUTORIZACION PRESIDENTE DEL COMITÉ DE FARMACIA

Fecha: _____