



Ficha clínica.

Solicitud de Medicamentos de Excepción, de uso Normalizado y Destinados a Planes Especiales.

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:		Fecha: / /	
Edad:	Nº Afiliado:	Tel.:	E-mail:
Dirección:		Localidad:	

Problema de Salud o Diagnóstico: _____

Resumen de Historia Clínica: _____

Tratamiento Solicitado

Medicamento (nombre genérico)	Forma Farm.	Dosis/Unidad o Conc.	Dosis por Toma o Adm.	Intervalo de Adm.

Duración del Tratamiento:

Única dosis: _____ Días _____ Meses _____

Materiales Descartables para la Administración y Monitoreo

Descripción	Cantidad diaria

Control Metabólico

Control Metabólico		Valor	Fecha
Glusemias	Ayunas		
	Postprandial		
Hemoglobina glicosilada			

Firma y Sello del Profesional Actuante

En todos los casos señalar datos de significación y adjuntar fotocopia de los informes correspondientes.

Ficha clínica.

Solicitud de Medicamentos y Materiales Descartables en Diabetes.

Auditoría IPROSS

Rp. N°	Medicamento	Forma Far Mac.	Dosis/Unidad	Presentación	Cant. Envases Totales	Duración Tratamiento
1						
2						
3						
4						
N° Autorización:						
Sello y Firma:				Aclaración Firma:		

Tratamiento denegado (fundamentos):

Para ser completado por IPROSS

Delegación:	Fecha: / /	Nº de Expediente:
Firma y sello del personal responsable:		