Hospital de Pediatría Garrahan

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO DE USO CONTROLADO

(1904FA4 v7)

FECHA

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO	HC	DNI	FECHA NACIMIENTO
		PESO	EDAD

COBERTURA

SERVICIO/ÁREA SOLICITANTE

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN COMERCIAL
DOSIS:	Fecha Ini. Tto. ☐ Inmediato ☐ Al momento de la provisión

Resumen de HC:

Estudios realizados y resumen de los hallazagos que han permitido la confirmación diagnóstica:

Fecha de confirmación diagnóstica:

Tratamientos previos y motivos por los cuales han sido suspendidos (aclarar si no ha recibido ningún tratamiento previo):

Duración estimada del tratamiento…… Días

Describir los resultados clínicos que se esperan obtener en el paciente (objetivos del tratamiento). Detallar el plazo estimado desde el inicio del tratamiento hasta el momento en que se evaluará si se han alcanzado los resultados esperados:

Describir las alternativas terapeúticas disponibles (si las hubiera) y motivos que justifican el uso del medicamento

Firma y sello médico especialista

Firma y sello Jefe de Servicio

Dirección

Autorización excepcional* por…….días

Firma del CDMyF que avala la indicación para ese uso

Autorización de Dirección / Coordinación de Guardia

*Se requiere completar los trámites por la cobertura o jurisdicción correspondiente