Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

Solicitud de medicamentos fuera de Vademecum Hospitalario (MFV) para pacientes ambulatorios

DATOS DEL MEDICAMENTO FECHA de solicitud: / / 20

Nombre del principio activo:

Nombres comerciales (a modo de referencia):

Laboratorio: Presentación:

Dosis y duración prevista del tratamiento:

Nombre del principio activo:

Nombres comerciales (a modo de referencia):

Laboratorio: Presentación:

Dosis y duración prevista del tratamiento:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre competo: Apellido:

Historia Clínica: Nº Documento:

Diagnóstico principal: Diagnóstico secundario:

Justificación de la solicitud MFV:

Mencionar bibliografía de consulta que avale el uso del medicamento fuera de Vademecum.

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre: Apellido:

Servicio Médico: Firma y Sello:

Si la solicitud es Urgente, justificación de la Urgencia:

NOTA: Es obligación del médico responsable del tratamiento, informar al paciente que una vez completado este formulario, la solicitud de la medicación queda sujeta a evaluación del Comité de Farmacia y Terapéutica.

Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

Solicitud de medicamentos fuera de Vademecum Hospitalario (MFV) para pacientes ambulatorios

DATOS DEL MEDICAMENTO FECHA de solicitud: / / 20

Nombre del principio activo:

Nombres comerciales (a modo de referencia):

Laboratorio: Presentación:

Dosis y duración prevista del tratamiento:

Nombre del principio activo:

Nombres comerciales (a modo de referencia):

Laboratorio: Presentación:

Dosis y duración prevista del tratamiento:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre competo: Apellido:

Historia Clínica: Nº Documento:

Diagnóstico principal: Diagnóstico secundario:

Justificación de la solicitud MFV:

Mencionar bibliografía de consulta que avale el uso del medicamento fuera de Vademecum.

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre: Apellido:

Servicio Médico: Firma y Sello:

Si la solicitud es Urgente, justificación de la Urgencia:

NOTA: Es obligación del médico responsable del tratamiento, informar al paciente que una vez completado este formulario, la solicitud de la medicación queda sujeta a evaluación del Comité de Farmacia y Terapéutica.