



Formulario de solicitud de medicamentos para tratamientos especiales

IMPORTANTE – INSTRUCTIVO PARA EL AFILIADO

Estimado/a afiliado/a:

Este formulario debe ser completado exclusivamente por su **médico tratante**, quien deberá consignar toda la información clínica requerida, incluyendo:

- Diagnóstico preciso.
- Tratamientos realizados previamente.
- Justificación detallada de la indicación actual.
- Esquema terapéutico propuesto.

Además, es obligatorio adjuntar la **documentación médica respaldatoria**, como:

- Resultados de estudios complementarios actualizados (de laboratorio, imágenes, anatomía patológica u otros según corresponda).
- Recetas correspondientes a cada ciclo mensual de tratamiento.

El formulario completo, junto con la documentación requerida, deberá enviarse al correo electrónico: medicamentos@colegio-escribanos.org.ar

Toda esta información es necesaria para que Auditoría Médica de la Caja Notarial pueda evaluar adecuadamente la indicación terapéutica en su conjunto, conforme a las normas vigentes y priorizando el uso racional de los recursos.



Formulario de solicitud de medicamentos para tratamientos especiales

AL MÉDICO PRESCRIPTOR

- 1) *Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara (serán rechazadas las solicitudes ilegibles).*
- 2) *El criterio general de aprobación de las solicitudes se basa en los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para las indicaciones precisadas en cada caso.*
- 3) *Se puede programar más de 1 ciclo de tratamiento y hasta 3 meses en un sólo pedido, para lo cual es requisito adjuntar la/s receta/s correspondientes a cada mes.*
- 4) *Es requisito adjuntar documentación respaldatoria que justifique la indicación solicitada.*

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: N° AFILIADO

EDAD: SEXO: DNI

DIRECCION:

TELÉFONO:

DIAGNÓSTICO: ESTADÍO:

PERFORMANCE STATUS:

ALTURA: PESO: SUPERFICIE CORPORAL:

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

NOMBRE Y APELLIDO:

ESPECIALIDAD:

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (incluir prefijo):

CORREO ELECTRÓNICO:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA QUE JUSTIFIQUE LA INDICACION *(Adjuntar copia de estudios complementarios pertinentes: anatomía patológica, Inmunohistoquímica, imágenes, etc.):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Caja Notarial Régimen Asistencial

.....
.....
.....

TERAPIA/S PREVIA/S: (marcar con una X lo que corresponda)

Quimioterapia		Radioterapia		Diálisis	
Hormonoterapia		Inmunoterapia		Cirugía	

Fecha y respuesta al tratamiento anterior:

.....
.....

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO

Nº total de ciclos: Frecuencia de los ciclos:

Tiempo de tratamiento:

MEDICAMENTOS (incluir sólo con nombre genérico):

Drogas	Dosis: mg/m2 o kg	Días	Frecuencia

Dosis total por ciclo.....

Aclarar número de envases que necesita por ciclo, por medicamento y vía de suministro:.....

.....
.....

Fecha último tratamiento Fecha probable próximo tratamiento.....

Institución.....

Firma y sello del prescriptor: Fecha: