



R-Formulario de Solicitud de Especialidades Medicinales Bajo Condiciones Especiales

Fecha: ___ / ___ / _____

Servicio/Área solicitante: _____

Producto solicitado: _____

Descripción del medicamento

Si el medicamento es de uso exclusivo de niños

Si el medicamento es de uso exclusivo de niños

Datos del paciente (si corresponde):

(Colocar Sticker)
Nombre y Apellido:

Nro. H. Clínica:

Peso: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Motivos de su solicitud

Informar:

Dosis: _____ mg/kg/día o dosis

Presentación comercial: _____

Duración promedio estimada de tratamiento: _____ días

Droga/tratamiento en estudio? Si No Fase? I II III IV

Costo estimado por unidad: \$ _____

Costo total del tratamiento/paciente (si corresponde): \$ _____

Consumo mensual promedio estimado: _____ unidades/mes

**Firma y sello Jefe de Área/servicio
solicitante**

DIRECCIÓN

AUTORIZACIÓN: Si No **Requiere Formulario SNT (F. Sol. Nuevas Tecnologías)**
(Marcar lo que corresponde)

Pase a Centro de Pedido: _____ para su codificación y gestión

Observaciones

Firma y sello de Dirección