



ÁREA FARMACIA

R-Formulario de Solicitud de Nuevo Producto Médico

Fecha: __ / __ / __

Servicio/Área solicitante: _____

Producto solicitado: _____

Descripción del Producto Médico (Adjuntar especificaciones)

Solicitud de incorporación: A-Uso generalizado

¿Existe algún grupo de pacientes que pueden beneficiarse particularmente de este tratamiento?

B-Por paciente (por excepción)

Datos del paciente (si corresponde): _____

(Colocar Stickers)
Nombre y Apellido:

Nro. H. Clínica:

Peso: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Tiempo de tratamiento: _____

Motivos de su solicitud

Reemplaza a algún producto médico que este en uso en la Institución para la misma indicación?

Cuáles son las ventajas de este producto médico con respecto a los que actualmente se utilizan?

Informar:

Presentación comercial: _____

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 CORRESPONDIENTE

AUTORIZACIÓN: Si No

Firma y sello de Dirección

D.A.S.T

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

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

Firma y sello de D.A.ST.