

FORMULARIOS SUR MÓDULO MEDICAMENTO DE ALTO COSTO





RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DNI N°:	Beneficiario N°:
Diagnóstico:	
Antecedentes de la enfermedad: _____ _____ _____	
Detalle del tratamiento completo, detallando diagnóstico y especificando según corresponda: *Estadificación, *Anatomía Patológica, *Expresión de receptor Her2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos Previos de quimioterapia efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. * Protocolo de quirúrgico si se efectuó cirugía y Protocolo de radioterapia si fue efectuada. _____ _____ _____	
Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____ _____ _____	
Tiempo de tratamiento previsto: _____ _____ _____	
Fecha: ____/____/____	Form. D. P. 2.3.1
..... Firma y sello de médico tratante	



SOLICITUD DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Establecimiento:

Código:

Apellidos y Nombres:

Obra Social: OSFATUN

N° de Beneficiario:

DNI N°:

Edad:

Sexo: F M

Fecha de solicitud: / /

Fecha de inicio de tratamiento: / /

Diagnóstico:

Código:

DROGAS SOLICITADAS

Nombre genérico:

Dosificación:

Tiempo de tratamiento:

Resumen de historia clínica (detalle de tratamientos farmacológicos previos, fecha de inicio y suspensión, motivos de cambio de esquema, documentación respaldatoria en caso de toxicidad):

Deberá adjuntar exámenes complementarios con los que arribó al Diagnóstico.

NOTA: para dar curso a la presente solicitud, deberá contar con la totalidad de los datos solicitados.

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.3.2



PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellidos y Nombres: _____

N° de beneficiario: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento prescripto

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Datos médico tratante

Nombres y Apellidos: _____

Matrícula N°: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____
con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con
domicilio en calle _____ N° _____
Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____
Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al
tratamiento de Medicación, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y
período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____
a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante