### ANEXO N° 1: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO SUPERVISADOS.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | |
| 1.Establecimiento: | | | | Servicio: | | | | Fecha: / / | | | |
| 2.Datos del Médico solicitante: | | | |  | | | |  | |  | |
| Nombres y Apellidos: | | | | Especialidad: | | | | N° de Colegiatura/RNE: | | | |
| Servicio/departamento: | | | | Correo electrónico: | | | | N° de teléfono: | | | |
| **II. DATOS DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | N° de Teléfono: | | | N° Autogenerado: | | | | |
| N° Historia Clínica: | Edad: | Sexo: | | | Peso: | | Talla: | | | | |
| Situación del paciente: Hospitalizado ( ) Ambulatorio ( ) Emergencia ( ) | | | | | | | | | | |  |
| Diagnóstico (principal y secundario), indicar CIE 10: | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO RECIBIDO | | | | | | | | | | | |
| DCI, concentración, forma farmacéutica y vía de administración. | | | Dosis diaria | | | Tiempo de uso | | | Resultados | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| **III. PRODUCTO FARMACÉUTICO SOLICITADO** | | | | | | | | | | | |
| DCI, concentración, forma farmacéutica y vía de administración. | | | Dosis diaria | | | Duración del tratamiento | | | N° de unidades para cumplir el tratamiento\* | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| \*En caso de uso crónico, colocar las unidades por mes. | | | | | | | | | | | |
| Indicación específica en el paciente: (Debe guardar concordancia con las especificaciones de uso en el Listado de Medicamentos De Alto Costo Supervisados). | | | | | | | | | | | |
| Resumen de los resultados clínicos que el paciente en cuestión puede lograr con el producto farmacéutico solicitado respecto a OTRAS alternativas de tratamientos contenidos en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD. Plantear indicadores de seguimiento. | | | | | | | | | | | |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  V° B° Jefe de Servicio Médico Solicitante | | | | | | | | | | | |

NO SE ACEPTARÁN DOCUMENTOS INCOMPLETOS O ILEGIBLES