### 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