

PROGRAMA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
TRÁMITE DE EXCEPCIÓN☐ PROVISIÓN☐ RECONSIDERACIÓN☐ REINTEGRO☐ NIVEL

TRÁMITE N° _____ REGIÓN _____ FECHA _____

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO _____

N° DE AFILIADO _____ COSEGURO _____

MEDICAMENTO

NOMBRE COMERCIAL	CONCENT.	F. FARM. UNID/ ENV	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS DIARIA	CANTIDAD/ TIEMPO	DURAC.	COSTO
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD

1.
2.

SI ACCEDER

Medicamento ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7Fundamento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ESTE D.T.C. PROPONE AL H.D. LA COBERTURA DEL MEDICAMENTO Y/O TRATAMIENTO REQUERIDO YA

- a) Se encuentra dentro de las situaciones contempladas en las normas de este D.T.C.
- b) Se han utilizado previamente las drogas incluidas en el F.T.P., sin lograr la respuesta esperada y/o presentando efectos adversos; constituyendo lo requerido un tratamiento alternativo y/o de segunda línea.
- c) El paciente tiene indicación del fármaco y/o estrategia terapéutica, no habiendo alternativa de igual eficacia en el F.T.P. para tratar la patología en cuestión.
- d) Los datos aportados por el profesional actuante así lo determinan dadas las características **particulares** del caso.
- e) El paciente ya se encontraba en tratamiento previo a esta auditoría con el fármaco y/o estrategia terapéutica en cuestión, y su interrupción y/o cambio por otra alternativa, puede incrementar los riesgos de complicaciones graves (invalidantes o que expongan la vida del paciente).

COSTO TRÁMITE

\$

FIRMA DEL AUDITOR CÓDIGO N°

FIRMA AUTORIZADA
D.T.C.