

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

ANEXO 2

ISBM INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL		INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL	
SOLICITUD DE MEDICAMENTO ESPECIAL			
IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
Nombre del Paciente	SEXO		edad
	F	M	
Nº Afiliación			
DATOS CLINICOS			
Diagnósticos(anexar estudios)			
Resumen Clínico y Justificación			
Fármacos del cuadro básico prescritos y dosis utilizadas			Periodo de Administración
			INICIO
			FINAL
Exámenes de Laboratorio y Gabinete que justifiquen la solicitud			
Reacción Adversa	Si	No	
Falla Terapéutica	Si	No	
MEDICAMENTO SOLICITADO			
Nombre genérico	Nombre Comercial		
Forma farmacéutica	concentración		
Dosis diaria	Duración del Tratamiento		
Evaluación y resolución del Comité de Medicamentos Especiales			
Medico solicitante		Teléfono	
Especialidad		Fecha de solicitud	

