

SOLICITUD Y JUSTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE DEL USO DE MEDICAMENTO NO POS

Nombres y apellidos de paciente:

Tipo y Numero identificación: _____

Medicamento NO POS solicitado:

<i>Principio Activo (nombre Genérico):</i>	<i>Concentración, forma farmacéutica</i>	<i>Dosis / Día</i>	<i>Días Tratamiento</i>

Posología: _____

Medicamento POS que sustituye o reemplaza con el medicamentos NO POS

<i>Principio Activo (nombre Genérico):</i>	<i>Concentración, forma farmacéutica</i>	<i>Dosis / Día</i>	<i>Días Tratamiento</i>

Justificación del médico tratante:

Fecha de la solicitud: Día _____ Mes _____ Año _____ **Tratamiento:**

Diagnostico: _____

Descripción del Caso Clínico: _____

Justificación para el uso de medicamento NO POS:

Efecto deseado con el tratamiento NO POS solicitado _____

Medicamentos POS Utilizados:

<i>1. Principio Activo (nombre Genérico):</i>	<i>Concentración, forma farmacéutica</i>	<i>Dosis / Día</i>	<i>Días Tratamiento</i>
<i>2. Principio Activo (nombre Genérico):</i>	<i>Concentración, forma farmacéutica</i>	<i>Dosis / Día</i>	<i>Días Tratamiento</i>

Respuesta clínica y paraclínica alcanzada con medicamento del POS:

Reacciones adversas o intolerancia a los medicamentos del POS (soportados en la historia Clínica) :

Si ___ No ___ Cuales: _____

Contraindicaciones expresas sin alternativa de medicamento POS (soportados en la historia Clínica) :

Si ___ No ___

Cuales: _____

Nombre Medico Tratante _____ **R.M. No:** _____

FIRMA MEDICO TRATANTE: