

# ANEXO III

## Solicitud de Medicamentos

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES



Ministerio  
de Salud  
República Argentina

### Al médico tratante:

(1) Esta Dirección cubrirá los medicamentos y/o elementos de tecnología sanitaria que se encuentren incluidos en los módulos/anexos del Sistema Único de Reintegros (SURGE) (Resolución N° 1200/12, 731/23, ambas de la Superintendencia de Seguros de Salud, más sus complementarias y modificatorias).

(2) No se aceptarán prescripciones con marca comercial u orientación a la misma.

(3) Utilizar letra clara.

(4) Se puede programar más de 1 ciclo de tratamiento y hasta 6 meses en un solo pedido.

### Datos del paciente

Nombre y apellido: .....

Tipo y número de documento de identidad: .....

Edad: ..... Sexo: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Correo electrónico: .....

Diagnóstico: .....

N° de ciclo: .....

Altura: ..... Peso: ..... Superficie corporal: .....

### Datos del médico tratante

Apellido y nombre del médico tratante: .....

Especialidad: .....

Servicio: ..... Sellode la institución: .....

Jefe de Servicio o Director que avala: .....

Teléfono de contacto con médico: ..... Interno: .....

Celular: ..... CorreoElectrónico: .....

### Diagnóstico que justifica la indicación efectuada

Diagnóstico: ..... Fecha del diagnóstico: ...../...../.....

### Resumen de historia clínica (incluir estadío e inmunohistoquímica):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Métodos complementarios de diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

Estado general y funcional del paciente: (Deterioro Cognitivo; Insuficiencia respiratoria y/o cardíaca y/or renal; Hepatopatías; CFR; etc)

.....  
.....  
.....

Aclarar:

Ambulante	Semi ambulante	No ambulante

Tratamientos previos:

.....  
.....  
.....

Tipode terapia/s previa/s: (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, radioterapia, diálisis, etc, indicando fecha de práctica)

.....  
.....  
.....

Tipo de terapia:

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1ºLÍNEA	2ºLÍNEA	3ºLÍNEA

**Esquema terapéutico solicitado** (completar por ciclo si es diferente)

Número total de ciclos: .....

Frecuencia de los ciclos: .....

Tiempo de tratamiento: .....

Fecha programada de inicio de tratamiento: ...../...../.....

Medicamentos (incluir sólo con nombre genérico): .....

.....

Dosis/m2 o Kg Dosis total por ciclo ..... Días de admin ..... Intervalo .....

Fundamentación del tratamiento solicitado:

.....  
.....  
.....

Entidad: ..... Sello: .....

Apellido y nombre del Director de la entidad: .....

Firma: ..... Sello: .....

Firma y sello del prescriptor: .....

Fecha de prescripción: ...../...../.....