

Es imprescindible para la autorización de órdenes y medicación hacer completar la siguiente ficha por el médico especialista tratante. La misma deberá actualizarse por cambio en el protocolo de tratamiento, cambio en la medicación o por solicitud del auditor médico de la OSUNL. Los trámites de autorizaciones deberán ser realizados por el afiliado o familiar directo debidamente autorizado.

Fecha:

Datos del afiliado (para ser completado por el médico tratante)

Apellido:		Nombres:			Documento: tipo		N°							
Domicilio:	N°	Piso	Dpto.	C.P.	Localidad:			Teléfono:						
Fecha de nacimiento:					Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Talla:	Peso:	Superficie corporal:			

Información de la patología (para ser completado por el médico tratante)

Diagnóstico principal:	Código O.M.S.:	Otro diagnóstico:	Código O.M.S.:	Estado de la enfermedad
------------------------	----------------	-------------------	----------------	-------------------------

Tratamiento solicitado (para ser completado por el médico tratante)

<input type="checkbox"/> Inicio del tratamiento: 1ª línea <input type="checkbox"/> 2ª línea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Repetición:	<input type="checkbox"/> Cambio de esquema: Causa: <input type="checkbox"/> Toxicidad <input type="checkbox"/> Progresión <input type="checkbox"/> Otra:	Cantidad de ciclos programados:
			Duración del ciclo en días:
			Frecuencia en días:

R.P.	Monodrogas - Denominación genérica	Nombre comercial sugerido	Cantidad de envases (en letras)	Dosis diaria (mgr.)	Días de tratamiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Autorización del médico auditor de la OSUNL (para ser completado por el auditor médico de la OSUNL)

Fecha de aprobación:	Período autorizado:	Firma y sello auditor médico de la OSUNL:
----------------------	---------------------	---

Datos del Sanatorio/Clínica (para ser completado por el médico tratante)

Razón social:

Datos del médico prescriptor (para ser completado por el médico tratante)

Apellido y nombre:					Especialidad:	Matrícula:
Domicilio:	N°	Piso	Dpto.	C.P.	Localidad:	Teléfono:

Informe clínico (para ser completado por el médico tratante)

--

Informe de laboratorio (para ser completado por el médico tratante)

--

Antecedentes quirúrgicos o de terapia radiante
(para ser completado por el médico tratante)

--

Antecedentes farmacoterápicos
(para ser completado por el médico tratante)

<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otro: Especificar drogas, dosis y tiempos
--

Firma y sello del médico especialista tratante

--