

# SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

Para medicamentos fuera de Vademécum DASPU

FICHA N°: \_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nombre y apellido del **afiliado titular**: \_\_\_\_\_

N° **afiliado titular**: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido **afiliado asistido**: \_\_\_\_\_

N° **afiliado asistido**: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años/meses/días Sexo: masculino \_\_\_ femenino \_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Mat.profesional: \_\_\_\_\_ Especialista en: \_\_\_\_\_ Mat.N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos que hagan al caso: \_\_\_\_\_

En caso de necesidad pueden contactar en el horario de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ al teléfono: \_\_\_\_\_

Medicamentos prescritos, tiempo de tratamiento de: \_\_\_ días/sem./meses/años

Nombre comercial/genérico	Dosis	Acción terapéutica
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

Justificación del uso en reemplazo de los equivalentes terapéuticos

incluidos en el Programa de Garantía de Calidad de Medicamentos DASPU. (Vademecum)

(Aportar bibliografía o referencias bibliográficas)

Firma y sello Profesional

Evaluación Comisión de Medicamentos:

Corresponde:

1. No hacer lugar a la solicitud
2. Equiparar cobertura Programa (50%)
3. Abrir expediente

Firma y sello de la Comisión

Notificado el: \_\_\_\_\_