

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EDIS

(3)Apellido y Nombres	(4)Edad	(5) Diag. Y Forma Clinica	(6) Fecha de Notif.	Medicamentos												
				Glucantime		Itraconazol		Talidomida		Blister OMS		Alternativo			Trimet-Sulfa	
				D	T	D	T	D	T	PB	MB	R	O	M	D	T

7) Observaciones:..... ..... ..... ..... ..... .....	(8)	Total Mensual														
	(9)	Stock del Servicio														
	10)	Total a solicitar														

(11) Fecha:.....

(12) Firma y Sello o aclaración de la persona que confecciona la planilla:

(13) Firma y Sello del Gerente del A. Operativa:

## **INSTRUCTIVO**

### **PEDIDOS DE MEDICAMENTOS- EDIS**

#### **UTILIZAR LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE**

**Objetivo:** Unificar criterios referidos a solicitud de medicamentos para el tratamiento de pacientes con Enfermedades Dermatológicas de Interés Sanitario, y hacer eficiente y oportuna la provisión de los mismos para favorecer seguimiento y búsqueda en caso de abandono por parte del paciente.

#### **Instrucciones según numeración de anteverso:**

- 1) **Establecimiento:** consignar nombre del Hospital y A. Operativa que solicita
- 2) **Pedido para el mes:** registrar el mes o en su defecto cantidad de días para los que se solicita el tratamiento. En caso de períodos mensuales, **el pedido será mes a mes.**
- 3) **Apellido y Nombres:** registrarlos en forma completa y legible. En caso de mujer casada consignar primero el apellido de soltera.
- 4) **Edad:** consignar los años cumplidos.
- 5) **Diagnóstico:** consignar el mismo y forma clínica
- 6) **Fecha de Notificación:** registrar día, mes y año en que se realizó la notificación del caso.

#### **MEDICAMENTOS :**

Consigne dosis diarias (D) y total mensual (T)

Los blister para tratamiento OMS de Hansen se solicitan debajo de la columna que corresponda a forma clínica.

- 7) **Observación:** colocar datos que no estuvieran contemplados en la planilla y que considere de interés o sean necesarios.
- 8) **Total mensual:** sumar el total general por cada ítem.
- 9) **Stock del servicio:** sumar la cantidad de medicamentos que el servicio posea.
- 10) **Total a solicitar:** surge de la diferencia entre los dos anteriores.
- 11) Registrar día, mes y año de confección de la solicitud.
- 12) Firma y sello (o aclaración) de la persona que confecciona la planilla.
- 13) Firma y sello del Gerente o Jefe de servicio del Area Operativa.

**LA PRESENTE DEBE SER ENVIADA AL SEGURO PROVINCIAL DE SALUD, CITO EN CALLE DEAN FUNES 595, TEL.FAX (0387) 4216953. PROGRAMA EDIS. EL PEDIDO SERA SATISFECHO SEGÚN MONITOREO DE LA NOTIFICACION PERTINENTE.**