

# Solicitud de tratamiento.

## Autorización centralizada, uso normatizado, ostomizados y productos magistrales.

Autorización centralizada
  uso normatizado
  ostomizados
  productos magistrales

**Para ser completado por el profesional actuante**

Nombre y Apellido:	
Nº Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

**Se encuentra empadronado en algún programa:**

- SI ¿cual?       NO
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patologías Crónicas   | <input type="checkbox"/> Hemofilia A y B          |
| <input type="checkbox"/> Patologías Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Hepatitis Crónica Activa |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Transplante              |
| <input type="checkbox"/> Patologías Oncológica y Oncohematológica                    |   |

**Tratamiento solicitado**

Medicamento (nombre genérico)	Forma Farm.	Dosis/Unidad o Conc.	Dosis por Toma o Adm.	Intervalo de Adm.

**Resumen de Historia Clínica:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Auditoría**(autorizado o denegado): .....

.....

**PARA SER COMPLETADO POR IPROSS**

Delegación:	Fecha:    /    /
Firma y sello del personal responsable:	