

**SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE MEDICAMENTO EN EL ARSENAL FARMACOLÓGICO**

SERVICIO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA SOLICITUD \_\_\_\_\_

**1. ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO:**

a) **NOMBRE GENÉRICO** \_\_\_\_\_

b) **INDICACIONES SOLICITADAS:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

2. N° DE PACIENTES ESTIMADO MENSUAL: \_\_\_\_\_

3. ESQUEMA TERAPÉUTICO \_\_\_\_\_

4. COSTO MENSUAL: \_\_\_\_\_

5. CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**MEDICO SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**Vº Bº JEFE DE SERVICIO**

**COMITÉ DE FARMACIA \***

ADQUIRIR

RECHAZAR

FECHA RECEPCIÓN REQUERIMIENTO

/  /

**MODALIDAD COMPRA SUGERIDA**

LICITACIÓN

CENABAST

COMPRA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
VºBº COMITÉ DE FARMACIA