

SOLICITUD DE FARMACO DE USO OCASIONAL

prioridad de compra			
Riesgo vital *	<input type="checkbox"/>	fecha solicitud	<input type="text"/>
compra normal	<input type="checkbox"/>	hora solicitud	<input type="text"/>

* compra a realizarse en plazo menor a 48 hrs.

Servicio Solicitante: _____

Nombre del Paciente: _____

Rut: _____ **Diagnóstico:** _____

Justificación de Uso: _____

NOMBRE FÁRMACO		DOSIS DIARIA	
FORMA FARMACÉUTICA		DÍAS TRATAMIENTO	
SOLICITUD PARA CUBRIR GARANTÍAS GES SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		FARMACO PRESENTE EN ARSENAL HOSPITAL CASTRO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

OBSERVACIONES FARMACIA: _____

COMITÉ DE FARMACIA *			
ADQUIRIR <input type="radio"/>	MODALIDAD COMPRA SUGERIDA		
RECHAZAR <input type="radio"/>	LICITACIÓN <input type="radio"/>		
FECHA RECEPCIÓN REQUERIMIENTO	CONVENIO MARCO <input type="radio"/>		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	COMPRA DIRECTA <input type="radio"/>		VºBº COMITÉ DE FARMACIA

* para medicamentos que no están en Arsenal Farmacoterapéutico del Hospital de Castro, y compra normal

MEDICO SOLICITANTE

Vº Bº JEFE DE SERVICIO

Vº Bº JEFE FARMACIA

Vº Bº SUBDIR. MÉDICO/JEFE CRAC