

**SOLICITUD PARA PROVISION DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS** Fecha      /      /     

**INSTRUCCIONES**

El presente formulario es de carácter OBLIGATORIO deberá ser llenado por el médico tratante en todos los ítems y PARA CADA CICLO siendo entregado al afiliado conjuntamente con la receta de la medicación especificada. En caso de tener que modificar el tratamiento inicial deberá cumplimentar indefectiblemente la justificación que avale el cambio de la terapia.

\* Presentar anatomía patológica

**CUANDO SE PRESCRIBAN MEDICAMENTOS ESTIMULADORES DE COLONIAS SE ADJUNTARA FOTOCOPIA DEL ANALISIS BIOQUIMICO CORRESPONDIENTE QUE AVALE LAS DOSIS INDICADAS.**

*"Sr/a. Afiliado y profesional prestador prescriptor, se le recuerda que DASPU otorga cobertura de los medicamentos, valores y porcentajes previstos en el VADEMECUM DASPU, disponible en [www.daspu.com.ar](http://www.daspu.com.ar). Ante cualquier duda o consulta, se ruega repasar los requisitos de cobertura personalmente o telefónicamente con los profesionales de la Obra Social, o en la página web de la Institución.*

*Antes de prescribir y/o comenzar a consumir un medicamento no previsto en el VADEMECUM, se recuerda que a los efectos de que DASPU otorgue cobertura, debe siempre solicitarse **autorización previa a la Obra Social**.*

*Cualquier diferencia emergente entre lo prescripto y la cobertura contemplada en el VADEMECUM será a cargo del afiliado y podrá ser debitada al prestador."*

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombres

Legajo N° Documento, Tipo, N° Teléfono

Edad Sexo Peso Altura Sup. Corporal

Paciente Internado: Si / No

Paciente Ambulatorio: Si / No

**DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

Apellido y Nombres

Domicilio Actual Teléfono

Matrícula Matrícula Especialista Institución

Mail: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL ( Código OMS )**

**ANATOMÍA PATOLÓGICA (Excluyente):** \_\_\_\_\_

**Estudios complementarios al diagnóstico** (tildar lo realizado y adjuntar los resultados de los estudios relevantes para el tratamiento)

Laboratorio Común	SI NO	Anatomía Patológica	SI NO
Laboratorio Alta Complejidad	SI NO	PEC-TC	SI NO
RMN	SI NO	PSA	SI NO
Tac	SI NO	alfa fetoproteína	SI NO
Radiología	SI NO	CA 19-9	SI NO
Espirometría	SI NO	CA 125	SI NO
Densitometría	SI NO	RFG	SI NO
Centellograma Óseo	SI NO	CEA	SI NO

