

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS DE OSTOMIA (Colostomía- ileostomía)

Fecha:.....

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:..... DNI:..... Edad:.....

Domicilio: .....Localidad.....Teléfono:.....

Diagnóstico:.....Resolucion Especial SI NO

Intolerancia o alergia a algún insumo en particular:.....

### DEBE ADJUNTAR COPIA DE PROTOCOLO QUIRURGICO PARA SU AUTORIZACION.

**TIPO DE OSTOMIA:** marcar con X los casilleros que corresponda

Definitivo:  Transitorio:  Tiempo de reconstrucción del tránsito intestinal.....

Colostomía:  Ileostomía:  Adulto:  Pediátrico:

### BOLSAS:

\*1 Pieza:

\*2 Piezas:  BOLSAS ABIERTAS/DRENABLES:

PLACAS: MEDIDAS: 40  60  70

\*PASTA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:.....

---

### PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA/PLANES ESPECIALES)

AUTORIZADO: 1 PIEZA  CANTIDAD POR MES:  por 180 días

2 PIEZAS  CANTIDAD POR MES:  por 180 días

PASTA  CANTIDAD POR MES  por 180 días

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR