

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS PARA TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO (PORT A CATH-AGUJAS)

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA.....

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

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

Diagnóstico:.....Resolucion Especial SI NO

PARA SU AUTORIZACION DEBE:

- SER SOLICITADO POR MEDICO ONCOLOGO
- ADJUNTAR COPIA DEL CARNET ONCOLOGICO (RESOL 1059/84)

Marcar con X los casilleros que corresponda:

CATETER VENOSO IMPLANTABLE
CON RESERVORIO EN TITANIO

AGUJAS TIPO HUBER (X UNIDAD)

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:

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

AUTORIZADO PORTACATH CANTIDAD

AUTORIZADO AGUJAS CANTIDAD

FECHA.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR