

FORMULARIO N° 4

N° _____ /

SOLICITUD DE COMPRA DE FARMACO PARA PACIENTE CRÓNICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

N° FICHA CLINICA/RUT: _____ FECHA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

| NOMBRE FÁRMACO | | DOSIS DIARIA | |
|--|--|---------------------|--|
| FORMA FARMACÉUTICA | | DOSIS TOTAL MENSUAL | |
| FARMACO PRESENTE EN ARSENAL HOSPITAL CASTRO | | | |
| SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | | |

COSTO MENSUAL DE TRATAMIENTO: _____

JUSTIFICACIÓN: _____

NOTA: DEBE ADJUNTAR RESPALDO BIBLIOGRAFICO, INFORME SOCIAL Y EVALUACIÓN CLINICA.

NOMBRE Y FIRMA MEDICO SOLICITANTE

V° B° JEFE DE SERVICIO

Q.F. JEFE FARMACIA

V° B° SUBDIR. MÉDICO/JEFE CRAC

CORREO ELECTRÓNICO MEDICO SOLICITANTE: _____

| COMITÉ DE FARMACIA * | |
|--|--------------------------------------|
| ADQUIRIR <input type="radio"/> | MODALIDAD COMPRA SUGERIDA |
| RECHAZAR <input type="radio"/> | LICITACIÓN <input type="radio"/> |
| FECHA RECEPCIÓN REQUERIMIENTO | CENABAST <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | COMPRA DIRECTA <input type="radio"/> |
| | _____ V°B° COMITÉ DE FARMACIA |

PROCEDIMIENTO SOLICITUD FÁRMACOS DE USO OCASIONAL O PARA PACIENTES CRÓNICOS.

1. Médico solicitante llena solicitud de **Fármaco de uso ocasional, formulario N° 3**, si la indicación es hasta máximo **6 meses**, o de paciente crónico, **formulario N° 4**, si la **indicación es permanente**, pero se debe informar la evolución clínica del paciente los 3, 6 y 12 meses de tratamiento, mediante correo al Servicio de Farmacia, para ver la continuidad de tratamiento.
2. El formulario se entrega al paciente para que lo clasifique en oficina de recaudación y posteriormente lo entregue en secretaría de UCAE, en el caso de paciente ambulatorio. Para pacientes hospitalizados el formulario es entregado a secretaria del servicio para que gestiones firmas de jefe del servicio y clasificación por recaudación.
3. En el caso, de solicitar **formulario N° 4** de uso crónico, se debe adjuntar respaldo **bibliográfico, informe social y evaluación clínica**.
4. Una vez que la solicitud ha sido clasificada por recaudación y firmada por jefe del servicio se hace llegar a secretaria de farmacia.
5. Las solicitudes son enviadas a jefe de farmacia quien indica si se aprueban por subdirección médica/jefe CRAC o deben pasar por Comité de Farmacia.
6. La solicitud es presentada en reunión Mensual de Comité de Farmacia, en donde debe estar presente médico solicitante, o jefe del servicio, de la incorporación para presentar y defender el requerimiento, de no presentarse se deja para próxima reunión.
7. Si hay observaciones o falta documentación que respalde solicitud se dejar pendiente para complementar lo presentado en siguientes reuniones.
8. Si no hay observaciones y el comité está de acuerdo se autoriza la solicitud, se establecen las restricciones y la cantidad a adquirir.
9. Jefe de Farmacia, secretario del Comité de Farmacia, hace llegar solicitud a encargada de compras para gestionar adquisición.
10. Secretaria de Farmacia al recibir los documentos aprobados y con todas las firmas correspondientes, digitaliza documento enviando copia vía correo electrónico a la unidad de farmacia que corresponde la entrega y al servicio clínico solicitante.
11. La adquisición del medicamento tendrá un plazo de 3 meses desde aprobada la solicitud.