



**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES
DISTINTAS A LAS AUTORIZADAS EN FICHA TÉCNICA**

Fecha de solicitud: ___ / ___ / _____

Datos del Medicamento

Nombre del principio activo:..... Nombre Comercial:
Indicación:.....
Dosis para la indicación solicitada:
Duración prevista del tratamiento.....

Datos del Paciente

Nombre:Apellidos.....
HC:..... Edad/Fecha Nacimiento.....
Diagnóstico:.....

DEBE ADJUNTARSE CON ESTA SOLICITUD INFORME MÉDICO Y BIBLIOGRAFÍA.

Datos del médico prescriptor

Nombre: Apellidos:
Servicio médico:

La solicitud es urgente

Justificación:

Si se autoriza el uso de este medicamento me comprometo a obtener el consentimiento informado y a dejar constancia por escrito en la HC del paciente

NOTA: Es obligación del médico responsable del tratamiento y de la Dirección del centro hospitalario informar al paciente en términos comprensibles de la naturaleza del tratamiento, su importancia, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento informado por escrito o, en su caso, el de su representante, conforme a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Fdo:



MODELO GUÍA INFORME MÉDICO

_____, ____ de _____ del 2.00__

Médico_____	Servicio_____
Paciente_____	Medicamento_____

Resumen de la historia clínica y motivo de la solicitud:

<p>Antecedentes:</p> <p>Datos analíticos relevantes:</p> <p>Posibles alergias medicamentosas:</p> <p>Otros medicamentos administrados en la actualidad:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación para la que se solicita el medicamento:</p> <p>Tratamientos anteriores ensayados:</p> <p>Alternativas existentes:</p> <p>Motivo de uso de otras alternativas</p> <p>Dosis del medicamento solicitado y duración prevista del tratamiento</p>
--



Justificación de la solicitud

Referencias bibliográficas aportadas:

Firma :
Nº Colegiado: