

**EVALUACIÓN
COMITÉ TÉCNICO MÉDICO DEL ISBM**

Fecha de Recepción: _____ Fecha de Evaluación: _____

Nombre del Paciente: _____ ID: _____

Dx: _____

Medicamento Solicitado: _____

Concentración: _____ Presentación: _____

Dosis: _____ Duración del Tx: _____ Código del Medicamento: _____

Descripción de uso del medicamento según diagnóstico: _____

Efectos Secundarios: _____

Existe en el cuadro Institucional medicamentos como alternativa para tratar según diagnóstico:

Si: _____ No: _____ Nombre del Medicamento de ser afirmativo: _____

Está contemplado en los cuadros del Sistema Nacional de Salud: Si: _____ No: _____

ISSS: _____ SANIDAD MILITAR: _____ FOSALUD: _____ MINSAL: _____ ISRI: _____

Según descripción de uso del medicamento, pronóstico de sobrevivencia y/o beneficio: _____

Aprobado: _____ Denegado: _____ Ampliación de Justificación: _____

Justificación de aprobación o denegación: _____

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL MEDICAMENTO APROBADO:

Nombre Genérico: _____ Concentración: _____

Presentación: _____ Dosis: _____ Código: _____

Duración de Tx: _____

Fecha para consulta con médico tratante para la continuación de tratamiento: _____

Observaciones: _____

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL COMITÉ TÉCNICO MEDICO