



SOLICITUD DE FARMACO DE USO OCASIONAL

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| prioridad de compra | | fecha solicitud | |
| Riesgo vital * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| compra normal | <input type="checkbox"/> | hora solicitud | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* compra a realizarse en plazo menor a 48 hrs.

Servicio Solicitante: _____

Nombre del Paciente: _____

Rut: _____ Diagnóstico: _____

Justificación de Uso: _____

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

OBSERVACIONES FARMACIA: _____

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 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"/> | | COMPRA DIRECTA | <input type="radio"/> |
| | | | VºBº COMITÉ DE FARMACIA |

* para medicamentos que no están en Arsenal Farmacoterapéutico del Hospital de Castro, y compra normal

MEDICO SOLICITANTE

Vº Bº JEFE DE SERVICIO

Vº Bº JEFE FARMACIA

Vº Bº SUBDIRECTOR MÉDICO

CORREO ELECTRÓNICO MEDICO SOLICITANTE: _____

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 deUCAE, 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.