



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur

Unherte!



Obra Social de la Provincia
de Tierra del Fuego

FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICA (prótesis, órtesis e insumos especiales)

FECHA: 15/08/20

IMPORTANTE: LA INDICACIÓN MÉDICA DE INSUMOS, DEBERÁ EFECTUARSE POR NOMBRE GENÉRICO, ACEPTARÁN PEDIDOS CON MARCAS REGISTRADAS O SUGERENCIAS DE PROVEEDOR NI ORIGEN o especificaciones técnicas que impliquen la descripción.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: GONZALEZ, SALDIVIA, SERGIO..... Edad: 84
Tipo y N° de Doc.: 12198739..... Programado: ☐
Domicilio y Localidad: Rio Grande..... Urgencia: ☒
Telef del paciente: 2964522716..... Emergencia: ☐
E-mail: abril78989@gmail.com..... A reposición: ☐

DIAGNOSTICO

Tumor Cabeza Páncreas

TIPO DE OPERACIONES/PLAZO DE TRATAMIENTO (internación domiciliaria)

Drenaje Percutaneo de Vía Biliar INTERNACIÓN: ☒
INTERNACIÓN DOM.: ☐
AMBULATORIO: ☐

LUGAR DE INTERNACIÓN

Hospital: ☐ Sanatorio: ☐ Clínica: ☒ Otros: 20 de junio 815 - Cemep

Dirección:

DESCRIPCION DE MATERIAL SOLICITADO

REGLONES	CANTIDAD
A SET DE DREANJE PERCUTANEO BILIAR COMPLETO: SET DE INTRODUCCION,, DILATADORES	1
B SET DREANJE MULTIPROPOSITO PARA COLOCACION PERCUTANEO: SET DE INTRODUCCION.	1
C CUERDA DE PIANO .35 250CM DE NITINOL.	1
D SET DE D'AGOSTINO COMPLETO. UNO.	1
E	
F	
G	

Nota Importante: Se deberá adjuntar el formulario breve resumen de historia clínica respaldatoria.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y EL MÉDICO TRATANTE

Institución Solicitante: Cemep..... Domicilio:.....
Apellido y Nombre del Profesional: Escobar Diego Matias.....
Especialidad: Cirujano General..... Tipo y Nro Matricula: mm 4886.....
Tel. del Profesional solicitante: 2964529749..... Tel Celular:.....

Firma y Sello Profesional tratante:

Fecha: 15/8/20

LUGAR DE ENTREGA DEL INSUMO

Lugar : Fecha de Entrega:.....
Fecha de Cirugía:..... Responsable de recepción:.....

