

Anexo: Solicitud de implantes e insumos médicos

Estimado Profesional

A fin de evaluar su solicitud para dar una rápida y efectiva respuesta, debe completar este Formulario de Historia Clínica, cumplimentando con los requisitos, información y documentación que en el mismo se detallan, el cual debe remitirse en nuestro sector de Atención al Cliente por los canales habilitados.

Aclaraciones:

- Para las **CIRUGÍAS PROGRAMADAS** que requieran prótesis/implantes y/o materiales quirúrgicos, el Profesional dará fecha estimada de cirugía luego de que Salud del Nuevo Rosario S.A. haya autorizado la provisión de lo solicitado.

- Las prescripciones (RP) deben ser presentadas con un mínimo de 10 días hábiles de anticipación, salvo cirugías que se consideren de urgencia. Este pedido debe contar con fecha, firma y sello del profesional actuante **LEGIBLE**, ser confeccionado por nombre genérico, es decir **NO** se aceptarán sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a un determinado producto, ya que Salud del Nuevo Rosario S.A. proveerá prótesis y/o materiales nacionales según indicación del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), salvo excepciones previstas en Resoluciones vigentes. Además de lo detallado, debe contener información clara y legible respecto al Paciente como ser: Nombre/s y Apellido/s, Nro. de Afiliado y/o DNI, fecha, firma y sello del profesional.

- Luego de efectuada la intervención quirúrgica, el profesional deberá completar en forma manuscrita el Certificado de Implantes, adjuntando los correspondientes Stickers/Blisters de todo el material utilizado (descartables e implantables).

- En casos de reposición, deberá enviar el mismo pedido junto con protocolo quirúrgico, certificado de implante y los correspondientes stickers.

Formulario de Historia Clínica

*Datos obligatorios a consignar por el Profesional actuante, quien solicita materiales para la realización de Cirugía.

A) Datos del Afiliado

Apellido y Nombre completo: _____

N° de afiliado o DNI: _____

B) Información adicional

Urgente Programado

Fecha estimada de cirugía: _____

Lugar de entrega: _____

C) Diagnóstico

* Antecedentes de la enfermedad

* Estado actual (indicar el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades)

D) Estudios complementarios efectuados

E) Detalle del material solicitado (sin marcas, ni modelos)

F) Fundamento terapéutico del Material Solicitado

G) Datos del Prestador/Efactor donde se realizará la cirugía

H) Datos del Profesional Actuante

Apellido y Nombre _____

Teléfono de contacto _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Profesional

NOTA: Junto a esta solicitud y formulario adjuntar prescripción (RP) de materiales, confeccionada con nombre genérico.