

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS DE OSTOMIA (Colostomía- ileostomía)

Fecha:.....

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:..... DNI:..... Edad:.....

Domicilio:Localidad.....Teléfono:.....

Diagnóstico:.....Resolucion Especial SI NO

Intolerancia o alergia a algún insumo en particular:.....

DEBE ADJUNTAR COPIA DE PROTOCOLO QUIRURGICO PARA SU AUTORIZACION.

TIPO DE OSTOMIA: marcar con X los casilleros que corresponda

Definitivo: Transitorio: Tiempo de reconstrucción del tránsito intestinal.....

Colostomía: Ileostomía: Adulto: Pediátrico:

BOLSAS:

*1 Pieza:

*2 Piezas: BOLSAS ABIERTAS/DRENABLES:

PLACAS: MEDIDAS: 40 60 70

*PASTA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono:.....

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA/PLANES ESPECIALES)

AUTORIZADO: 1 PIEZA CANTIDAD POR MES: por 180 días

2 PIEZAS CANTIDAD POR MES: por 180 días

PASTA CANTIDAD POR MES por 180 días

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR