

SOLICITUD Y JUSTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE DEL USO DE MEDICAMENTO NO POS

Nombres y apellidos del Paciente	Tipo y número de identificación
	C.C

Medicamento NO POS solicitado:

Principio Activo (nombre Genérico)	Concentración, forma farmacéutica	Dosis/Día	Días Tratamiento
RILUZOLE	50 MG TABLETAS	2	365

Medicamento POS que sustituye o reemplaza con el medicamento NO POS solicitado (Debe ser del mismo grupo terapéutico y colocar las dosis día/tratamiento equivalente al tratamiento pos solicitado)

Principio Activo (nombre Genérico):	Concentración, forma farmacéutica	Dosis/ Día	Días Tratamiento
No tiene homólogos en el POS			

Justificación del médico tratante:

Fecha de la solicitud: Día Mes Año **Tratamiento:** Ambulatorio: x Hospitalario:

Diagnostico: G122 enfermedad de las neuronas motoras

Descripción del Caso Clínico: Esclerosis Lateral Amiotrófica; compromiso motor progresivo de miembros superiores e inferiores con signos piramidales en piernas; atrofas mas notorias en manos y fasciculaciones de las 4 extremidades; calambres en todo el cuerpo; dificultades de deglución y respiración, no compromiso de esfínteres ni sensorial; si de pares craneales bulbares.

Justificación para el uso de medicamento NO POS:

Enfermedad neurodegenerativa fatal. medicamento retarda progresión de la enfermedad

Efecto deseado con el tratamiento NO POS solicitado: Retarda progresión de la enfermedad

Medicamentos POS utilizados:

1. Principio Activo (nombre Genérico):	Concentración, forma farmacéutica	Dosis/ Día	Días Tratamiento
NO APLICA			
2. Principio Activo (nombre Genérico):	Concentración, forma farmacéutica	Dosis/ Día	Días Tratamiento
NO APLICA			

Respuesta clínica y paraclínica alcanzada con medicamento del POS: No Aplica

Reacciones adversas o intolerancia al medicamento del POS (soportados en la historia Clínica):

Si No X Cuales: No Aplica

Contraindicaciones expresas sin alternativa de medicamento del POS (soportados en la historia Clínica):

Si No X Cuales: No Aplica

Nombre Medico Tratante R.M.No:

FIRMA MEDICO TRATANTE:

Recordar anexar :

- **Fórmula médica**
- **Historia Clínica con anotación de dosis**
- **Autorización para que EPS pueda acceder a historia clínica**
- **Todos los documentos deben tener la misma fecha**