



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
18 de Julio 1332, CP 11200  
Tel: 1334

**ANEXO FORMULARIO:**

**PRODUCTOS Y/O SERVICIOS A PROVEER POR SENTENCIA JUDICIAL**

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| Número de sentencia        | Sede Judicial         |
| 93/2017                    | CONTENCIOSO 1ER TURNO |
| Nombre del paciente        |                       |
| Documento de identidad     |                       |
| Nombre del médico tratante | ROBERTO VALIÑAS       |

**Productos a proveer**

| <i>Nombre y/o Descripción 1</i>               | <i>Marca Comercial</i> | <i>Cantidad</i> |
|---|------------------------|-----------------|
| <b>ENDOPRÓTESIS FENESTRADA EXTRA DESIGN –</b> | <b>JOTEC - ENDOVAS</b> | <b>1</b>        |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 9 x 27)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 9 x 37)            | JOTEC - ENDOVAS        | 2               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 9 x 57)            | JOTEC - ENDOVAS        | 2               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 5 x 22)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 5 x 28)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 6 x 22)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 6 x 28)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 7 x 23)            | JOTEC - ENDOVAS        | 1               |

<sup>1</sup> En el caso de medicamentos indicar droga/principio activo y dosificación prescripta. Deberá describirse además el número de dosis diarias/semanales a fin de permitir establecer la necesidad mensual del medicamento para ese paciente. Debe considerarse que el proveedor de la medicación tiene una fecha estimada de entrega de 72 horas desde la recepción de la orden de la receta médica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
18 de Julio 1352. CP 11200  
Tel: 1934

|   |   |   |
|---|---|---|
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 7 x 27)          | JOTEC - ENDOVAS                             | 1 |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 10 x 27)         | JOTEC - ENDOVAS                             | 1 |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 10 x 37)         | JOTEC - ENDOVAS                             | 2 |
| STENT FORRADO E-VENTUS – ( 10 x 57)         | JOTEC - ENDOVAS                             | 2 |
| GUÍA E-WIRE (ALTO SOPORTE) – 76XX3035N-06   | JOTEC - ENDOVAS                             | 2 |
| BALON ELASTOMERICO E-XPAND (85XX0050N35-00) | JOTEC - ENDOVAS                             | 2 |
| INTRODUCTOR 7F X 11 CM                      | MEDCORE – SANYFICO –<br>QUALMED - NAFFERTON | 3 |
| INTRODUCTOR 5F X 11CM                       | MEDCORE – SANYFICO –<br>QUALMED - NAFFERTON | 2 |
| VAINA FLEXOR CHEK 12F X 45CM - COOK         | SANYFICO                                    | 1 |
| VAINA FLEXOR CHEK 10F X 45CM                | SANYFICO                                    | 1 |
| VAINA FLEXOR CHEK 7F X 70                   | SANYFICO                                    | 2 |
| VAINA FLEXOR CHEK 7F X 90                   | SANYFICO                                    | 1 |
| AGUJA DE PUNCIÓN 18G SDN                    | SANYFICO                                    | 2 |
| GUIA ROAD RUNNER 0.035 X 260                | SANYFICO                                    | 2 |
| GUIA TERUMO 0.035 X 260                     | MEDCORE                                     | 3 |
| GUIA LUNDERQUIST 0.035 X 260                | SANYFICO                                    | 2 |
| GUIA ROSSEN 0.035 X 260                     | SANYFICO                                    | 3 |
| GUIA AMPLATZ 0.035 X 260                    | SANYFICO - NAFFERTON                        | 2 |
| GUÍA 0.018 X 260                            | MEDCORE - NAFFERTON                         | 2 |
| CATETER COBRA C2 5F X 110                   | SANYFICO – MEDCORE - NIPRO                  | 1 |
| CATETER VERTEBRAL 5F 110                    | SANYFICO – MEDCORE - NIPRO                  | 2 |
| CATETER MFA 5F 110                          | SANYFICO – MEDCORE - NIPRO                  | 1 |
| CATETER KVP 5F X 110                        | SANYFICO – MEDCORE - NIPRO                  | 1 |
| CATETER JIM 5F 110                          | SANYFICO – MEDCORE - NIPRO                  | 2 |
| CATETER SIMMONS 1 5F 110                    | MEDCORE - SANYFICO                          | 1 |
| DESTINATION 7F - TERUMO                     | MEDCORE                                     | 1 |
| CATETER SOS OMNI 0 – 5F 110                 | NIPRO                                       | 1 |
| CATETER SOS OMNI 2 – 5F 110                 | NIPRO                                       | 1 |
| CATETER BENTSON 1 – 5F 110                  | NIPRO – SANYFICO - MEDCORE                  | 1 |



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
 18 de Julio 1892. CP 11200  
 Tel: 1934

|                                     |                                  |   |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| CATETER NEWTON 1 – 5F 110           | NIPRO – SANYFICO - MEDCORE       | 1 |
| CATETER PIGTAIL CENTIMETRADO 5F 110 | SANYFICO - QUALMED               | 2 |
| GLIDEWIRE TORQUE                    | MEDCORE - SANYFICO               | 1 |
| LAZO DE CAPTURA - SNARE             | SANYFICO - BIOSUD                | 1 |
| JERINGA INSUFLADORA                 | SANYFICO – NAFFERTON-<br>MEDCORE | 2 |
| BALON ANGIOPLASTIA 8 X 40           | NAFFERTON - ENDOVAS              | 1 |
| BALON ANGIOPLASTIA 9 X 40           | NAFFERTON - ENDOVAS              | 1 |
| BALON ANGIOPLASTIA 10 X 40          | NAFFERTON - ENDOVAS              | 1 |
|                                     |                                  |   |
|                                     |                                  |   |
|                                     |                                  |   |
|                                     |                                  |   |
|                                     |                                  |   |

*Nota: Tachar toda fila no utilizada*

|  |                  |
|--|------------------|
| <i>Institución a la que pertenece el paciente</i>  |                  |
| <i>Sector o Unidad de la Institución que dispensará el producto.</i>                                 |                  |
| <i>Indicar dirección</i>   |                  |
| <i>En caso de implantes: Fecha programada y unidad quirúrgica donde se realizará la intervención</i> | <i>Fecha</i>     |
|  | <i>Unidad</i>    |
|  | <i>Dirección</i> |