



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de la ENFERMEDAD DE CROHN, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

1. Receta médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre del afiliado, fecha, Obra social, N° de afiliado, DNI, diagnóstico, nombre de la droga prescrita, con dosis, tipo de presentación, cantidad de envases en letra y número y firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado completo firmado por el médico especialista y el paciente o su tutor.
3. Formulario S27 (resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante. Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.
4. Fotocopia de todos los estudios realizados para arribar al diagnóstico: laboratorio, biopsia, y estudio de imagen confirmatorio: endoscopia, videocolonoscopia, enterotomografía, enteroresonancia (el que haya realizado).

Importante:

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar su ampliación en caso de considerarlo necesario.
2. Luego de la autorización por parte de Auditoría Médica, deberá presentar una receta por mes de tratamiento, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. Actualización del formulario S27 (resumen de historia clínica) y los estudios cada seis (6) meses.
4. En caso de cambio de tratamiento presentar nuevo resumen de historia clínica y nuevo consentimiento informado en original, más fotocopia de actualización de los estudios realizados.

La información que se incluye en los formularios será considerada confidencial según Normas y Principios vigentes.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA MEDICACION ENFERMEDAD DE CROHN

Estimado afiliado recuerde que debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en original y adjuntar fotocopia de los estudios realizados. Deberá actualizarlo cada 6 meses ó cambio de medicación/tratamiento (Formulario más estudios).

Fecha: / /

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario: D.N.I.: Sexo: F / M

Fecha de nacimiento: / / Edad: Fecha de diagnóstico de la patología: / /

Indicar con una (X) según corresponda:

Inicio de tratamiento Continuidad de tratamiento Cambio de tratamiento

DETALLE DEL CUADRO CLINICO ACTUAL

Peso:Kg. Talla:mts.

.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTOS PREVIOS

MESALAZINA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	ADALIMUMAB	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
CORTICOIDES	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	INFLIXIMAB	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
MERCAPTOPURINA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	METROTEXATO	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

Otros:

Respuesta al tratamiento previo. Especificar motivo si discontinuó y fecha:

.....

Progresión de la enfermedad: SI NO

ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO

Droga (Nombre genérico)	Presentación Dosis Mg.	Dosis diaria	Cantidad envases por mes
.....
.....
.....

Justificación del tratamiento solicitado:

.....

Fecha estimada de inicio del tratamiento propuesto: / /

.....
Firma y sello Auditor Médico

.....
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN (Crohn Disease Activity Index - CDAI)

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellido:

Nº de Beneficiario: D.N.I.:.....

LOS PUNTOS 1, 2 Y 3 HACEN REFERENCIA A LO OCURRIDO AL PACIENTE EN LOS SIETE (7) DÍAS PREVIOS A LA CONSULTA

PTO	SIGNOS/SINTOMAS	Nº DE DÍA							SUMA	FACTOR			SUBTOTAL
		1	2	3	4	5	6	7		X		=	
1	Nº DE HECES LIQUIDAS Ó MUY BLANDAS									X	2	=	
2	DOLOR ABDOMINAL (0= No; 1= Leve; 2= Moderado; 3= Grave)									X	5	=	
3	ESTADO GENERAL (0= Bueno; 1= Regular; 2= Malo; 3= Muy malo; 4= Terrible)									X	7	=	
4	NUMERO DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES CLINICAS: Artritis/artralgia Iritis/uveitis Eritema nodos/pioderma/aftas Fisura anal/fistula/abceso Otras fístulas Fiebre >38,5									X	20	=	
5	TOMA DE ANTIDIARREICOS (0= No; 1= Si)									X	30	=	
6	MAS ABDOMINAL (0= No; 2= Dudosa; 5= Si)									X	10	=	
7	HEMATOCRITO Hombre 47% - Valor actual Mujer 42% - Valor actual									X	6	=	
8	PESO CORPORAL (1-Peso/peso estándar) x 100 (Añadir ó sustraer según el signo)									X	1	=	

CDAI

TRAS LA SUMA SE OBTENDRA UNA PUNTUACION QUE CORRESPONDERA A:

- | | |
|--------------------|----------------|
| CDAI < 150 | NO ACTIVO |
| CDAI ENTRE 150-220 | BROTE LEVE |
| CDAI > 220 Y < 450 | BROTE MODERADO |
| CDAI > 450 | BROTE GRAVE |

.....
Firma, sello y Matrícula Médico especialista

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

Yo (apellido y nombre del paciente).....

D.N.I. N°.....entiendo y acepto lo que me ha informado mi médico tratante Dr./a

.....Matrícula N° como resultado de

las pruebas y estudios que he realizado, se ha obtenido el diagnóstico de

.....que requiere tratamiento de/con

.....
.....

para lo cual expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR:

FIRMA TUTOR

ACLARACION

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

PARENTEZCO

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL