



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de enfermedades lisosomales (FABRY, GAUCHER, POMPE, MUCOPOLISACARIDOSIS), 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 S34 (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:

Para enfermedad de Fabry además de los puntos 1 al 3 deberá presentar laboratorio con las siguientes determinaciones: creatinina, proteinuria y alfa galactosidasa A y estudio genético gen GLA sólo en mujeres si corresponde.

Para enfermedad de GAUCHER, además de los puntos 1 al 3 deberá presentar laboratorio Beta Glucocerebrosidasa, hemograma y hepatograma.

Para enfermedad de POMPE, además de los puntos 1 al 3 deberá presentar laboratorio/estudio genético (Alfa Glucosidasa Acida) y biopsia en caso de corresponder, más ergometría y espirometría.

Para mucopolisacaridosis, además de los puntos 1 al 3 deberá presentar Tipo I: laboratorio Alfa L-iduronidasa. Tipo II Iduronato sulfatasa, ecocardiograma, y evaluación oftalmológica. Tipo VI: laboratorio Arilsulfatasa B.

### **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, si el tratamiento prescripto por el médico tratante es mensual deberá presentar una receta por mes, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. Actualización del formulario S34 (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.

# RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ENFERMEDADES LISOSOMALES

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:..... Peso:.....Kg. Talla:..... mts.

Diagnóstico..... Fecha de diagnóstico de la patología: ..... / ..... / .....

En caso de corresponder indicar tipo/subtipo de la enfermedad (Ej: Tipo 1, subtipo Hurler etc.):.....

Indicar con una (X) según corresponda:

Inicio de tratamiento  Continuidad de tratamiento  Cambio de tratamiento

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

Hepatoesplenomegalia  Hiperesplenismo  Crisis óseas  Compromiso neurológico   
Compromiso cardíaco  Deterioro función V.I.  Compromiso auditivo  Compromiso pulmonar   
No aplica

Tensión arterial: Sistólica: ..... mmHg. Diastólica: : ..... mmHg CVF (Capacidad vital forzada): ..... %

Apneas del sueño: Más de 1 evento/hora en menores de 18 años  Apneas del sueño: más de 5 eventos /hora en mayores de 18 años

Saturación de oxígeno nocturna: : <92% en menores de 18 años  Saturación de oxígeno nocturna: : <85% en mayores de 18 años

Test de caminata de 6 minutos: >350 mts  Indicar cantidad de mts. caminados en 6 minutos: ..... mts.

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

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

## TRATAMIENTOS PREVIOS

Especifique drogas utilizadas (Indicar fechas de inicio y finalización):.....

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

Respuesta al tratamiento previo. Especificar motivo si se discontinuó.....

.....  
.....

Progresión de la enfermedad SI  NO

ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO

Indicar con una (X) según corresponda:

Terapia de sustitución enzimática

Terapia de reducción de sustrato

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

Justificación del tratamiento solicitado: .....

.....

.....

.....

.....

Fecha estimada de inicio del tratamiento propuesto: ..... / ..... / .....

Datos del médico tratante: .....

Teléfono: ..... Institución: .....

.....

Firma y sello Auditor Médico

.....

Firma, sello y Matrícula Médico tratante

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