



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de ESCLEROSIS MULTIPLE, 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, Nº 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 S16 (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: RMN, potenciales evocados, punción lumbar/análisis de líquido cefalorraquídeo (si correspondiera).

### **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 S16 (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 ESCLEROSIS MULTIPLE

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 Edad:.....

Diagnóstico según criterios de McDonlads:.....

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

Indicar con una (X) según corresponda:

Inicio de tratamiento  Continuidad de tratamiento  Cambio de tratamiento

## FORMA CLINICA, ESTADO FUNCIONAL E INFORME CLINICO ACTUAL

EMPP (Primaria Progresiva)  EMRR (Recurrente remitente)

### EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS)

Marcar con una (X) según corresponda

Escala según valores de Inicio  Escala según valores de seguimiento

Función	Ptos	Función	Ptos	Función	Ptos	Función	Ptos
Función piramidal	<input type="checkbox"/>	Función cerebelosa	<input type="checkbox"/>	Función de tronco cerebral	<input type="checkbox"/>	Función sensitiva	<input type="checkbox"/>
Función de esfínteres	<input type="checkbox"/>	Función visual	<input type="checkbox"/>	Función cognitiva	<input type="checkbox"/>	Función deambulatoria	<input type="checkbox"/>
TOTAL VALOR EDSS	<input type="checkbox"/>						

Informe Clínico:.....

Ultimas recaídas: (indicar déficit)	Fecha	Bajo tratamiento	
.....	..... /..... /.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
.....	..... /..... /.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

## TRATAMIENTOS PREVIOS

Copolímero	<input type="checkbox"/>	Fingolimod	<input type="checkbox"/>	Interferón beta 1 a	<input type="checkbox"/>	Interferón beta 1 b	<input type="checkbox"/>
Teriflunomida	<input type="checkbox"/>	Natalizumab	<input type="checkbox"/>	Dimetilfumarato	<input type="checkbox"/>	Cladribina	<input type="checkbox"/>
Peginterferón beta 1 a	<input type="checkbox"/>	Alemtuzumab	<input type="checkbox"/>	Ocrelizumab	<input type="checkbox"/>		

Otros:.....

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO

SI

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Droga (Nombre genérico)

Presentación  
Dosis Mg.

Dosis diaria

Cantidad de  
envases por mes

.....

.....

.....

.....

Justificación del tto. solicitado: .....

.....

.....

.....

Fecha de inicio del tratamiento solicitado: ...../ ..... /.....

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