



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de FIBROSIS QUISTICA, 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 S32 (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: Test de sudor, estudio molecular (CFTR), Prueba de diferencia de potencial nasal transepitelial, (si corresponde), ergometría, espirometría etc.

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 S32 (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 incluya en los formularios será considerada confidencial según Normas y Principios vigentes.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DEL PANCREAS

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

MODULO I Tratamiento sintomático convencional

MODULO II Tratamiento que incluye terapias moduladoras del CFTR

CLASE DE MUTACION:(2,3,4,5,6,NA)

INFORME CLINICO ACTUAL

Detalle del cuadro clínico. Comorbilidades. Estudios efectuados. Tratamientos previos instituidos. En caso de progresión y/ó complicaciones de la enfermedad informar. Motivo de discontinuación.

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

PESO:Kg. TALLA:mts VEF1: CVF:
(Volumen espiratorio forzado en 1 segundo) (Capacidad vital forzada)

TRATAMIENTOS PREVIOS

TOBRAMICINA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	IVACAFOTOR	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
DNASA RECOMBINANTE HUMANA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	TEZACAFOTOR	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
PANCREATINA	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	LUMACAFOTOR	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

Otros:

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD SI NO

ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO

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

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

JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO SOLICITADO:

.....
.....

Fecha estimada de inicio del tratamiento solicitado: / /

.....
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