



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de HEMOFILIA Y ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND, 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, factor/inhibidor prescrito, detalle de la dosis en unidades por kilo de peso corporal, peso en kg., dosis, presentación, cantidad de envases en letra y número, motivo de la solicitud del factor y firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado (Formulario S21) completo firmado por el médico especialista y el paciente o su tutor.
3. Resumen de historia clínica que indique: fecha del diagnóstico, edad, tipo y severidad de la hemofilia, cuadro de presentación, fundamento terapéutico, antecedentes de la medicación utilizada, detalle de los episodios de sangrado (articular ó extraarticular), intervenciones y su cantidad en número, tipo de tratamiento (inmunotolerancia, profiláctico ó a demanda), presencia del inhibidor y esquema terapéutico que indique peso corporal y dosis por kg de peso que debe completar el médico especialista tratante con firma y sello
4. Certificado de vacunación completo, (Incluyendo vacunas de hepatitis A Y B previas al tratamiento).
5. Laboratorio con informe de dosaje del factor VIII, IX y Ag. De Von Willebrand. Dosaje del inhibidor
6. Certificado de concurrencia del paciente ó sus padres a curso de entrenamiento en técnicas de venopunción y administración de concentrados de coagulación otorgado por la Fundación de la hemofilia.
7. Constancia de aplicación con detalle de cada episodio (evento hemorrágico) fecha del mismo, dosis aplicada, troquel/sticker con firma y sello del médico tratante.

Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio documentación que se encuentre completa en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.

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. Para la autorización de recetas, deberá presentar resumen de historia clínica actualizado (Punto 3) y constancia de aplicación (Punto 7). Deberá contemplar realizar ésta presentación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. 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 (laboratorio con informe de dosaje del factor/inhibidor)

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

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