



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de, HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA 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 S12 (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 HPN (plaquetas, hemoglobina y creatinina) y citometría de flujo.

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 indicado por su 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 S12 (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 PARA MEDICACION ESPECIAL

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.: Edad:

Diagnóstico: Fecha de diagnóstico de la patología: / /
(Para medicación inmunosupresora indicar fecha del TX)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Indicar con una (X) según corresponda:

Anemia hemolítica microangiopática IRA Infección
Microangiopatía selectiva a nivel renal Trombocitopenia grave Isquemia miocardio
Isquemia SNC Isquemia páncreas Otros:

Indicar con una (X) según corresponda:

Inicio de tratamiento Continuidad de tratamiento Cambio de tratamiento

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y TRATAMIENTOS PREVIOS

Detalle del cuadro clínico. Tto. Dietario. Comorbilidades. Estudios efectuados. Tratamientos previos instituidos con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. Informar complicaciones. Motivos de discontinuación del/los ttos.

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO SI

ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO

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

Justificación del tto. Solicitado:

FECHA ESTIMADA DE INICIO: / /

.....
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