



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de HIPERTENSION PULMONAR, 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 S17 (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: ecocardiograma doppler color, estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones. En caso de enfermedad tromboembólica, deberá presentar además estudio que la certifique, (centellograma V/Q, arteriografía/angiotomografía pulmonar) 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, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. Actualización del formulario S17 (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 HIPERTENSION PULMONAR

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. N°:..... Fecha de nacimiento: / /

Fecha de diagnóstico HTP: / /

Clasificación según su etiología (Marcar según corresponda)

HTP GRUPO 1 (Primaria) HTP GRUPO 2 (Secundaria) HTP GRUPO 3 (Asociada a hipoxemia y/ó enf. pulmonares) HTP GRUPO 4 (E. trombótica y/ó embólica) HTP GRUPO 5 (Misceláneas)

Indicar con una (X) según corresponda: Inicio de tratamiento Continuidad de tratamiento Cambio de tratamiento

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO

1- CATETERISMO PULMONAR DERECHO Fecha del estudio: / /

PSAP:.....mmHg. PDAP:.....mmHg. PMAP:.....mmHg.
Presión en AD:.....mmHg. Índice cardíaco:.....ml/min. Presión capilar pulmonar:.....mmHg

Vaso-reactividad pulmonar: Positiva Negativa No realizó

2- ECOCARDIOGRAMA DOPPLER Fecha del estudio: / /

Diámetro AI:mm. Diámetro AD:mm
Fracción eyección VI: % TAPSE:mm PSAP estimada: mmHg

3- ARTERIOGRAFIA PULMONAR Fecha del estudio: / / No realizó

4- LABORATORIO Fecha del estudio: / /

TGO: mg/dl TGP:mg/dl Creatinina:.....mg/dl NT-proBNP:.....pg/ml

DETALLE DEL CUADRO CLINICO

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

TRATAMIENTOS PREVIOS:

BOSENTAN AMBRISENTAN ILOPROST TREPROSTINIL EPOPRESTENOL
SELEXIPAG RIOCIGUAT BOSENTAN MACITENTAN OTROS:.....

Respuesta al tratamiento previo:.....

.....
.....

CLASE FUNCIONAL NYHA (OMS) ACTUAL

ACTIVIDAD FÍSICA:

CLASE I
Sin limitación

CLASE II
Limitación moderada

CLASE III
Limitación marcada

CLASE IV
Incapaz de realizar

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

SI NO

En caso de respuesta SI, marcar debajo lo que corresponda

Progresión sin síntomas

Si No

Trasplante pulmonar

Si No

Caminata de 6 minutos

..... mts.

Trasplante cardiopulmonar

Si No

Internación por insuficiencia cardíaca derecha

Si No

Septostomía auricular

Si No

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Nombre de la droga (genérico)	Presentación (Mg.)	Dosis diaria	Cantidad de envases/mes

FECHA DE INICIO DEL TTO.:/...../.....

Justificación del tratamiento solicitado:.....

EFFECTOS ADVERSOS DE MEDICACION

SI NO

Hepatotoxicidad

Si No

Hipotensión arterial

Si No

Reacción alérgica

Si No

Otros: ¿Cuales?.....

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