



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento ONCOLÓGICO / HEMATOLÓGICO, 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 S24 (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 con marcadores tumorales, biopsia, anatomía patológica, estudios por imágenes (TAC, RMN, mamografía, centellograma, colonoscopia, etc.), según corresponda.

Si la patología es cáncer de pulmón, deberá presentar además de lo indicado en los puntos 1 al 4, estudio de mutación del gen ALK y del EGFR

Si la patología es leucemia mieloide crónica, deberá presentar además de lo indicado en los puntos 1 al 4, citometría de flujo, cromosoma de Filadelfia, gen BCR-ABL y en caso de corresponder mutación del gen T315I.

Si la patología es mieloma múltiple, deberá presentar además de lo indicado en los puntos 1 al 4, proteinograma y citometría de flujo.

Si la patología es melanoma, deberá presentar además de lo indicado en los puntos 1 al 4, estudio que acredite mutación del gen BRAF V600 positiva.

### 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 el médico especialista 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 S24 (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*

# FORMULARIO PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ONCOLOGICAS Y HEMATOLOGICAS

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:.....

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

Estadío inicial al momento del diagnóstico (Indicar con una X según corresponda)

I  II  III  IV

Completar sólo en caso de LMC

LMC fase crónica  LMC fase acelerada  LMC crisis blástica

ECOG:..... Localización mts. (Si corresponde):.....

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - INFORME CLINICO Y ESTADO FUNCIONAL ACTUAL

Detallar antecedentes, estudios realizados.

Inicio de tratamiento  Continuidad de tratamiento  Cambio de tratamiento por progresión

Peso: ..... Talla: ..... Sup. corporal: ..... Estadio actual: ..... ECOG: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## TRATAMIENTOS PREVIOS

			FECHA FINALIZACIÓN				FECHA FINALIZACIÓN
Cirugía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....	Hormonoterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....
Quimioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....	Braquiterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....
Radioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....	Inhibidores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....
Inmunoterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... /..... /.....	Otros:.....			

Especifique drogas utilizadas (Indicar fechas de inicio y finalización):.....

.....

.....

Respuesta al tratamiento previo. Especificar motivo si se discontinuó.....

.....

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

(Completar éste ítem sólo para LMC)

Respuesta hematológica      SI  NO   
 Respuesta citogenética      Completa  Parcial  Menor  Mínima  Nula   
 Respuesta molecular          Mayor  Menor  Mínima  Nula

**PROGRESION DE LA ENFERMEDAD Y RECAIDAS**

Número de recaídas: .....

Fecha de última recaída ó progresión: ..... /..... /.....

**PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO**

Adyuvante   
 Neoadyuvante   
 Paliativo   
 Avanzado       Primer línea       Segunda línea       Tercer línea

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO SOLICITADO**

Ciclo N°	Droga (Nombre genérico)	Presentación Dosis Mg.	Frecuencia de administración/aplicación	Días de tto.	Intervalo
----------	-------------------------	------------------------	---	--------------	-----------

.....

.....

.....

.....

FECHA ESTIMADA DE INICIO: ..... /..... /.....

FUNDAMENTACIÓN DEL TTO. 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