



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de PSORIASIS EN PLACA, 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, 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 S13 (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: biopsia de piel.

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 S13 (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.*



**PROGRESION DE LA ENFERMEDAD**

NO  SI

**EFFECTOS ADVERSOS**

Neutropenia NO  SI  Reacción alérgica NO  SI   
 Infecciones bacterianas NO  SI  Toxicidad pulmonar NO  SI   
 Hepatotoxicidad NO  SI  Otro: .....

**SCORE PASI**

		CABEZA					TRONCO					BRAZOS					PIERNAS				
1	ERITEMA	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2	INDURACION	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3	ESCAMAS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4	SUMA DE 1+2+3																				
5	AFECTACION	0= NADA 1= MENOS 10 % 2= 10 - 30 % 3= 30 - 50 % 4= 50 - 70 % 5= 70 - 90 % 6= 90 - 100 %																			
6	ANOTACION																				
7	FILA 4 X FILA 6																				
8		X 0,10					X 0,30					X 0,20					X 0,40				
9	FILA 7 X FILA 8																				
<b>PASI SCORE</b>		(SUMA DE TODAS LAS FILAS 9)																			

**PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO**

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: .....

Nombre de la droga (genérico)	Presentación dosis (mg)	Dosis diaria	Cantidad envases por mes	Nombre de la droga (genérico)	Presentación dosis (mg)	Dosis diaria	Cantidad envases por mes
Adalimumab				Ixekizumab			
Apremilast				Leflunomida			
Certolizumab pegol				Metrotexato			
Etanercept				Secukinumab			
Golimumab				Sulfasalazina			
Guselkumab				Ustekinumab			
Infliximab							
Otro:	.....						
Otro:	.....						

Justificación del tratamiento propuesto:.....  
 .....  
 .....

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