INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescriptos para el tratamiento de VIH, 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: código del paciente, fecha, Obra social, diagnóstico, nombre de la droga prescripta, 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 S10 (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. Serología hepatitis B, C y HIV, Carga viral, último valor de CD4 absolutos y porcentuales y por única vez la constancia de denuncia al Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación.

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 S10 (resumen de historia clínica) y los estudios cada doce (12) 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 y test de resistencia con una antigüedad no mayor a tres (3) meses.

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA VIH-SIDA

Fecha:……/……/……

Codigo de Paciente:…… Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Diagnóstico: ..... / ..... / .....

Lugar de Residencia: ……

Estado Clínico: A1 A2 A3 B1 B2 C1 C2 C3

Accidente Laboral: SI ☐ NO ☐ Embarazo: SI ☐ NO ☐

Vacunas aplicadas en los últimos tres meses: ……

Lugar de Atención: ……

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI ☐ NO ☐ Número de Expediente:……

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

RECUENTO DE LINFOCITOS

Fecha			
N° Absoluto			
%			
Método			

CARGA VIRAL

Fecha			
Res			
Log			
Método			

Esquema de tratamiento (Según corresponda detallar y justificar)
Tratamiento previo períodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios:……

……

……

Causas de toxicidad y/o fallo:……

……

Consignar Test de Resistencia y/ó detalle de fallo de los últimos dos esquemas…….

……

Detallar esquema actual:……

……

……

Fundamento Médico:……

……

Fecha de inicio del tratamiento: ……/……/……

……
Firma y sello Auditor Médico

……
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

FORMULARIO S10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

Yo (Código del paciente).....manifiesto mi total y absoluta conformidad y acepto el plan de tratamiento consistente en/con ……..

.....

prescripto por mi médico tratante Dr./a.:.....Matícula N°.....

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

EN CASO DE TUTOR:

FIRMA TUTOR

PARENTEZCO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL