

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa a Ud. que con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de **ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA** deberá presentar, en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

- 1- Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos con los datos completos.
- 2- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (nombre y apellido, N° de socio, edad), Diagnóstico, Obra Social, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 3- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente o su representante.

Estudios a presentar:

1. Laboratorio básico completo. Marcadores tumorales.
2. Informe de diagnóstico por imágenes: Ecografías, RMN, TAC o Centellograma .
3. Informe Anatomopatológico (Biopsia, por UNICA vez).
4. **Protocolo quirúrgico, de radioterapia o quimioterapia si realizó.**
5. **Resumen de Historia Clínica firmado y sellado por médico tratante especificando diagnóstico.**

Importante:

- La documentación solo será recibida en las oficinas de atención al socio detalladas, en caso de estar completa.
- Toda la documentación deberá estar completa con letra clara, legible, imprenta, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.
- En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente todos los formularios.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- **La documentación a presentar será evaluada por auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Actualización del Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos e historia clínica cada 12 meses. **En caso de cambio de tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia y/o medicación) debe renovar las planillas de su situación terapéutica.**

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por ASI y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica Recién podrá comprar con el descuento correspondiente.

***LA MISMA DEBERA SER ACTUALIZADA UNA VEZ AL AÑO,** salvo algún cambio de tratamiento indicado por médico tratante, donde deberá rehacer esta planilla.*

Presentar la documentación 30 días antes para la evaluación de la continuación de su tratamiento.

Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos

Fecha...../...../.....

N° de Historia de Situación Terapéutica.....

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombre.....

Plan.....N° de socio..... Edad (en años).....

Domicilio.....Localidad.....

Tel. particular.....Celular.....e-mail.....

PATOLOGIA	CIE10
ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA	

TRATAMIENTO

Principio Activo	Potencia	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Cantidad de envases/mes	Observaciones

DATOS DEL PROFESIONAL:

Apellido y Nombre.....

Matrícula.....T.E.....

Firma y sello del médico tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente.....

Firma y sello del Administrativo interviniente.....

Fecha inicio de la ST:/...../.....

Fecha finalización de la ST:/...../.....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA TRATAMIENTO ONCOLOGICO

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:

Nº de Beneficiario: D.N.I.:..... Sexo: F / M

Fecha de nacimiento: /..... /..... Edad:..... Teléfonos:.....

Inicio de tratamiento Continuidad de tratamiento Cambio de tratamiento por progresión

Diagnóstico histopatológico: Fecha de inicio de la enfermedad: /..... /..... Estadio inicial:

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

INFORME CLINICO ACTUAL

Indicar estudios realizados.

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

.....

TRATAMIENTOS PREVIOS

Fecha finalización

Cirugía SI NO

Quimioterapia SI NO

Radioterapia SI NO

Inmunoterapia SI NO

Hormonoterapia SI NO

Esquema previo utilizado

Droga	Presentación dosis Mg	Frecuencia de aplicación/administración	Ciclos	Fecha de finalización

Respuesta al tratamiento previo:.....

Efectos adversos:.....

Intervalo libre de enfermedad SI NO Duración:.....

TRATAMIENTO SOLICITADO

Adyuvante Neoadyuvante Paliativo Avanzado

ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO

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

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

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