

Medicación Oncológica:

1º. FORMULARIO “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS”. Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la pagina web <http://das.gob.ar>

2º. En el “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO” complete Ud. con **letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A.**

3º. Su médico tratante de cartilla u hospital público debe completar el formulario con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la **sección B. C. y D. del formulario.**

4º. La documentación completa deberá enviarla a través del mail medicacion100@das.gob.ar o bien dirigirse a la DAS (Adolfo Alsina 1825)

5º. Documentación que debe presentar:

- ✓ Formulario completo y consentimiento informado , firmado y sellado por el profesional oncólogo u oncohematologo y el afiliado que padece la enfermedad.
- ✓ Copia del informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico (resonancias, tomografías, centellograma, PET, etc.), informe laboratorio y anatomía patológica (biopsia), receptores hormonales y marcadores tumorales según corresponda por diagnóstico. Copia del protocolo quirúrgico, de radioterapia y/o de quimioterapias previas.
- ✓ Receta médica del medicamento (copia).

En situaciones excepcionales, DAS podrá contactarse con Ud. pidiéndole documentación complementaria. Por favor, no olvide completar correctamente los datos de contacto en el formulario para la entrega del medicamento del formulario.

6º. En caso de autorizarse la medicación, la Droguería ORIEN, se contactará con el afiliado o con el contacto designado en el formulario para la entrega en la institución donde se aplicará la medicación.

7º. Para la continuidad de la medicación deberá presentar la receta mensualmente con los datos completos: Nombre y Apellido, número de afiliados, droga por genérico y cantidad, firma y sello del profesional.

8º Cada 4 meses deberá renovar la autorización presentando nuevamente formulario y estudios (este tramite puede demorar hasta 15 dias)

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS

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

A. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....

Afiliado DAS. Nro. : CUIT/CUIL:.....

Localidad: Pcia. :.....

Mail:.....

Tel.:Sexo: M F Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad:

Operado/a: NO SI Institución donde se operó:.....

Dirección del sanatorio o clínica:.....

Pcia:..... Tel de la clínica o sanatorio:.....

B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE)

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....Email.....

C. DIAGNOSTICO

Estadio

Inicial:.....SituaciónActual.....

.....

ECOG:.....KARNOFSKY:.....

Cirugía previa Fecha:

Descripción:

Radioterapia previa Fecha:

Descripción	Respuesta

Quimioterapia/ Hormonoterapia previa Fecha:

Droga/dosis/ciclos:	Respuesta:

D. TRATAMIENTO ACTUAL CICLO Nro.:

Plan Propuesto (dosis/tiempo):

Fundamentación médica de la medicación solicitada:

Respuesta esperada:

Peso:.....Talla:.....Sup corporal:.....m2

Firma

Sello con Matricula

Médico Oncólogo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Que el Dr/a....., MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: