

COLITIS ULCEROSA/ ENF. De CHRON:

1º. Formulario "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA COLITIS ULCEROSA" (A). Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la página web www.das.gob.ar

2º. En el "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA COLITIS ULCEROSA" complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A.

3º Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos: • Adalimumab • Golimumab • Infliximab

3º. Su médico tratante de cartilla u hospital público especialista en GASTROENTEROLOGÍA 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 contacto@das.gob.ar o bien dirigirse a la DAS (Adolfo Alsina 1825)

5º. Documentación que debe presentar:

- ✓ Formulario completo y consentimiento informado (A), firmado y sellado por el profesional especialista en GASTROENTEROLOGÍA y el afiliado que padece la enfermedad.
- ✓ Copia del informe de la biopsia (anatomía patológica), endoscopía y/o de todos los estudios vinculados que su médico le ha realizado para el diagnóstico (ej: laboratorios de importancia, radiografías, cultivos, etc.).
- ✓ Receta médica del medicamento (copia), según se especifica en el punto 2º.

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 trámite puede demorar hasta 15 días)

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS COLITIS ULCEROSA

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

A. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....

Nro. DNI:

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 iiii)

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

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

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DE CARTILLA O DE HOSPITAL PÚBLICO TRATANTE- SOLO GASTROENTERÓLOGOS

Cirugía previa Fecha:

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

Resumen de historia clínica del paciente

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 1: SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ O PRESENTA EL PACIENTE: MARCAR CON UN CIRCULO SEGÚN CORRESPONDA:		
	SI	NO
DIARREA CON SANGRE		
DOLOR ABDOMINAL		
FIEBRE EN LOS BROTES		
TENESMO RECTAL/ INCONTINENCIA/URGENCIA (en compromiso distal)		
PÉRDIDA DE PESO O ANOREXIA		
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES CUALES?		

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 2: Por favor, describa los resultados de la endoscopia

.....

.....

.....

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 3: Por favor, describa los resultados de la anatomía patológica de alguna de las lesiones más características:

.....

.....

.....

Otros hallazgos de relevancia (ej. laboratorio, tomografía, etc.):

.....

.....

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamientos previos	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

Si el paciente NO ha recibido otros tratamientos, por favor explique la razón:

.....

.....

Medicación que solicita actualmente

Nombre genérico	Presentación
Dosis Diaria	Dosis mensual:
Tiempo estimado de Tratamiento	Peso:
	Talla:

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....
.....

A continuación, complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

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 Gastroenterólogo

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: