

Medicación inmunosupresora para trasplante:

- 1º.** Formulario "SOLICITUD INMUNOSUPRESORA PARA TRASPLANTE" (A). Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la pagina web www.das.gob.ar
- 2º.** Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
- AZATIOPRINA – CICLOSPORINA – MICOFENOLATO – SIROLIMUS TACROLIMUS - EVEROLIMUS**
- TIMOGLOBULINA – INMUNOCLOBULINA HUMANA INESPECIFICA ENDOVENOSA**
- 3º.** En el "SOLICITUD DE COBERTURA INMUNOSUPRESORA PARA TRASPLANTE" complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A.
- 4º.** 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.
- 5º.** La documentación completa deberá enviarla a través del mail contacto@das.gob.ar o bien dirigirse a la DAS(Adolfo Alsina 1825).
- 6º.** Documentación que debe presentar:
- ✓ Formulario completo y consentimiento informado (A), firmado y sellado por el profesional actuante y el afiliado que padece la enfermedad.
 - ✓ Copia de los estudios que justifiquen cambios o nuevos pedidos.
 - ✓ Copia de la receta médica del medicamento, según se especifica en el punto.
 - ✓ Certificado de trasplante. 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.

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 6 meses deberá renovar la autorización presentando nuevamente formulario y estudios (este tramite 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 INMUNOSUPRESORES PARA TRASPLANTE

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

A. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....

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

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....email.....

C. DIAGNÓSTICO

ORGANO TRASPLANTADO	
MES Y AÑO DEL TRASPLANTE	

Descripción ANTECEDENTES ACTUALES Y COMORBILIDADES

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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA QUE MOTIVÓ EL TRASPLANTE

TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES PREVIOS. POR FAVOR, DESCRIBA LA RESPUESTA A LOS MISMOS

D. TRATAMIENTO ACTUAL PROPUESTO (ya sea continuidad o nuevo medicamento):

Inmunosupresor (marque con una X)	Nuevo tratamiento		Dosis y frecuencia de toma
	SI	NO	
CORTICOIDES			
AZATIOPRINA			
CICLOSPORINA			
MICOFENOLATO			
BELATACEPT			
SIROLIMUS			
TACROLIMUS			
EVEROLIMUS			
Otro			
Otro			

Firma Médico

Sello con Matricula

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

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: