

### **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](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 los .....días del mes de .....de 20.....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: