

### **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 [www.das.gob.ar](http://www.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 [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@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 trámite 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 ONCOLOGICOS**

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)**

Apellido y Nombre: .....Matricula Nacional.....  
 Teléfonos Para contacto.....Email.....

**C. DIAGNÓSTICO**

Estadio  
 Inicial:.....SituaciónActual.....  
 .....  
 ECOG:.....KARNOFSKY:.....

**Cirugía previa Fecha:**

Descripción:

**Radioterapia previa Fecha:**

Descripción	Respuesta

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


**Quimioterapia/ Hormonoterapia previa Fecha:**

<b>Droga/dosis/ciclos:</b>	<b>Respuesta:</b>

**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**

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: