

PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

El presente protocolo abarca a la siguiente medicación:

- Medicamentos Oncológicos
- Medicamentos Post-trasplantes
- Otros Medicamentos Especiales incluidos en la Resolución 310/04 - PMO.

El afiliado que solicite la provisión/autorización de medicamentos especiales deberá remitir la siguiente documentación al sector de AMFFA Salud - Medicamentos Especiales:

- 1) Prescripción médica (legible) por nombre genérico, indicando dosis, presentación, vía de administración, cantidades solicitadas.
- 2) Planilla de Declaración Jurada de medicamentos (Anexo I) completa, donde conste el protocolo de tratamiento (droga/dosis/ciclos/frecuencia de ciclos/superficie corporal).
- 3) Resumen de Historia Clínica (legible).
- 4) Fecha de diagnóstico de la enfermedad.
- 5) Estudios complementarios.
- 6) Estado actual de la enfermedad.
- 7) Fundamentación médica del uso del medicamento solicitado actualmente, y tiempo estimado de tratamiento.
- 8) Informe de Anatomía Patológica si corresponde.
- 9) Estratificación si corresponde.
- 10) Protocolo quirúrgico y protocolo de radioterapia si corresponde.
- 11) Consentimiento informado firmado por el médico y por el paciente y/o familiar responsable. Se adjunta modelo de consentimiento informado (Anexo II).
- 12) Teléfono de contacto del profesional tratante y/o del servicio o centro de salud.

Dicha documentación puede ser escaneada y enviada vía mail a medicamentos@amffa.com.ar; o puede ser presentada en AMFFA Salud en mesa de entrada. Una vez recibida toda la documentación correspondiente, se envía al sector de Auditoría Médica. Dicha resolución se notificará al afiliado.

MEDICAMENTOS ESPECIALES



/AMFFAsalud



amffa salud



www.amffasalud.com.ar



Conmutador: + 54 9 221 512 9200 | Medicamentos Especiales +54 9 221 5129212



Diagonal 75 entre 61 y 17 N° 350 CP 1900 - La Plata - Buenos Aires - Argentina

Fecha:...../...../.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entre el señor/a: DNI:.....
 Domicilio real:.....
 En adelante "El Paciente", y el Dr./a:.....
 M.N:.....
 Domicilio real:.....

En adelante "El Profesional", se conviene el siguiente acuerdo:

- Como resultado de las pruebas realizadas, se ha obtenido el diagnóstico de una enfermedad..... que requiere el tratamiento:.....
- Los beneficios del tratamiento serían.....

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:

- Durante el tratamiento pueden producirse diferentes reacciones como efectos colaterales o secundarios, dependiendo de la tolerancia que posea y el estado de salud previo, que ocasionarían que llegue a ser necesaria la interrupción del tratamiento:.....
- Tras el tratamiento pueden aparecer complicaciones propias a todo proceso terapéutico. Las personas ancianas suelen sufrir con mayor impacto estos episodios.
- Como toda situación médica, los tratamientos no están exceptuados de complicaciones, llevando a interurrencias imprevistas e impredecibles.
- Los riesgos y fenómenos más frecuentes serían:.....

DECLARO:

- Que he sido informado por el médico de las ventajas e inconvenientes del tratamiento y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

El paciente **ACEPTA** o rechaza los siguientes actos médicos:

Reanimación artificial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hidratación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alimentación parenteral o enteral	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Soporte Vital	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

El paciente puede abandonar en cualquier momento la internación.

- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.

En este acto se entrega un duplicado para el paciente

Lugar y fecha de acuerdo:...../...../.....

..... Firma y Aclaración del Paciente DNI:..... Firma y aclaración de un familiar DNI:..... Firma y sello del médico
---	---	-----------------------------------