

## PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH

### Información Importante

- Podrá enviar la documentación a través de [WhatsApp](#) al [1120401285](tel:1120401285) o vía mail a [info@osim.com.ar](mailto:info@osim.com.ar)
- Enviar de forma **completa, legible y sin cortes**. Toda enmienda o tachadura debe ser salvada con firma y sello del médico infectólogo tratante.
- A continuación, encontrará las modalidades de presentación y documentación a presentar.

### 1. Solicitud de Medicamentos por 1ra. Vez:

- **Copia de Pedido Médico:**

- Indicar solicitud por medicamento **genérico** (Ley 25649), indicando “diagnóstico”.
- Debe contener codificación correspondiente y sello de Médico/a Infectólogo. [Conozcarequisitosderecetas](#) en nuestra página web.

- Copia del **Modelo de Resumen de Historia Clínica VIH-SIDA**. Debe ser completada, firmada y sellada por el médico infectólogo tratante. Ver en página 3
- Copia de **Ficha de Notificación VIH-SIDA**: este comprobante **lo emite el Ministerio de Salud** una vez que el médico **infectólogo** tratante realice la carga de datos.

Recordamos que cada profesional debe ingresar a la página del [Sistema Integrado de Información Sanitaria \(SISA\)](#) con su clave. El médico podrá registrar a un paciente o modificar datos en cumplimiento de la ley vigente. [Esta ficha de notificación sólo será requerida la primera vez que solicite medicamentos ante la Obra Social.](#)

- Copia de **Estudios CD3, CD4, Carga Viral y Test de Resistencia** (este último sólo en caso de que se lo haya realizado o para determinados medicamentos)
- Copia del **Consentimiento Informado**. Debe ser completado, firmado y sellado por el médico infectólogo. También debe ser firmado por el paciente. Ver formulario en página 4
- **Teléfono y/o mail de contacto directo del médico infectólogo tratante**. (Únicamente requerido en casos de primera vez o ante cambio de tratamiento).

## 2. Cambio de tratamiento (dosis y/o medicación)

En caso de cambio de medicación o esquema terapéutico, será necesario presentar nuevamente toda la documentación **detallada en el punto 1**, a excepción de la **Fichade Notificación VIH-SIDA**.

## 3. Reempadronamiento ANUAL (en el mes de diciembre)

El reempadronamiento es de carácter anual en el mes de **diciembre**. Deberá presentar **copia del Modelo de Resumen de Historia Clínica VIH-SIDA**. Ver formulario en página 3.

## 4. Documentación a presentar al momento de la provisión:

- **Pedido Médico ORIGINAL:**
  - Debe presentar ante la farmacia/droguería la **misma** receta médica enviada previamente a OSIM para su autorización.
  - Cuando reciba la provisión, la receta debe encontrarse **vigente (dentro de los treinta días corridos desde su fecha de emisión)**.
  - La provisión de la medicación es **mensual**.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: ..... de ..... de .....

Codificación de paciente: ....., con DNI N° ....., he sido informado de la necesidad de ser sometido a ..... por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo) .....

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en: .....

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en: ..... como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en: .....

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento ..... o para la realización del procedimiento / práctica denominada: .....

Firma del paciente: ..... Codificación de paciente: .....

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor: .....

Aclaración de firma: ..... N° de DNI .....

Carácter: .....

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el paciente (codificación de paciente) ..... ha comprendido la totalidad de lo explicado.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico