PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

Información Importante

- Podrá enviar la documentación a través de WhatsApp al 1120401285 o vía mail a 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 oncólogo tratante.

- A continuación, encontrará las modalidades de presentación y documentación a presentar.

1. Solicitud de Medicamentos por 1ra. Vez:

- Copia de **Pedido Médico.** Adelantar el mismo con anticipación al resto de la documentación para informar si es necesario presentar formularios/estudios específicos/etc. (adicionales a lo solicitado en este instructivo).

  -Indicar solicitud por medicamento genérico (Ley 25649).

  -Debe indicar diagnóstico y sello de Médico Oncólogo. Conozcarequisitosde recetas en nuestra página web.

- Copia del **Resumen de Historia Clínica tipo 1** completo indicando datos del paciente, evolución de patología, tratamientos anteriores, estado actual y fundamentación médica del uso de la medicación a solicitar. Ver formulario en página 3.

- **Copia de la Ficha de Registro de Prescripción Oncológica.** Si confirma alguna **terapia previa**, deberá enviar el protocolo correspondiente a la misma. Ver formularios en páginas 4 y 5

- Copia de **Estudios relacionados con la patología.**

- Copia del **Consentimiento Informado.** Ver formulario en página 6: debe ser completado, firmado y sellado por el médico oncólogo. También debe ser firmado por el paciente.

- **Teléfono y/o e mail de contacto directo del médico oncólogo** (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 y/o dosis, será necesario presentar nuevamente toda la documentación detallada en el punto 1.

3. Reempadronamiento

- El reempadronamiento es de carácter **semestral o anual**, según diagnóstico. Deberá presentar la siguiente documentación:

- Copia del **Resumen de Historia Clínica tipo 1** completo indicandodatos del paciente, evolución de patología, tratamientos anteriores, estado actual y fundamentación médica del uso de la medicación a solicitar. Ver formulario en página 3.

- **Copia de la Ficha de Registro de Prescripción Oncológica.** Si confirma alguna **terapia previa**, deberá enviar el protocolo correspondiente a la misma. Ver formularios en páginas 4 y 5.

- Copia de **Estudios relacionados con la patología.**

- Documentación adicional específica que fuera solicitada cuando se empadronó por primera vez.

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

- **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 frecuencia de provisión se encuentra sujeta al esquema terapéutico solicitado.

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha: .....

N° de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

ANTEDECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DIAGNOSTICO:

.....

.....

.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

.....

.....

.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES (FECHA/DROGA/DOSIS/TIEMPO):

.....

.....

.....

TRATAMIENTO ACTUAL(DROGA/DOSIS):

.....

.....

.....

ALTURA: ..... PESO: .....

SUPERFICIE CORPORAL: .....

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Médico

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

FICHA DE REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA

Afiliado

Nombre y Apellido:		Nº Afiliado:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Prestador Médico		
Domicilio: Calle:		Nº	Piso:	Dpto.:
Localidad:	C.Postal:	Provincia:		
Telefonos: Particular	Laboral	Celular		
E-mail:				

Médico Tratante

Nombre y Apellido:			
Domicilio: Calle:	Nº	Piso:	Dpto.:
Localidad:	C.Postal:	Provincia:	
Teléfono particular:	Celular:		
E-mail:			
Horarios y días de atención:			
Matrícula Profesional:	Especialista en:		

Diagnóstico y antecedentes

Diagnóstico:	Fecha de Diagnóstico:
Estado Inicial:	
Informe Anatomo-patológico (Adjuntar copia):	
Estadio Actual:	
Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky):	
Localización/es (Si corresponde):	

Antecedentes Oncológicos:	**SI**	**NO**	(En caso afirmativo especificar)

Peso:	Talla:	Sup. Corp.:

Terapias Previas

Terapias Previas	**SI**	**NO**	**Fecha**	**Descripción**
Cirugía				
Quimioterapia				
Hemoterapia				
Inmunoterapia				
Radioterapia				

En caso afirmativo de terapias previas completar el siguiente cuadro, acompañando con epicrisis/protocolo correspondiente:

Esquemas terapéuticos previos				
Terapia	Fecha	Esquema	Duración	Observaciones

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

Firma y Sello del Profesional

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN

FICHA DE REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA

Esquema Terapeutico solicitado:

Carácter:

Adyuvante:

Neo-Adyuvante:

Paliativo:

Ciclo Nº:

Tratamiento Actual / Drogas Solicitadas

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

Droga genérica	Mg	Fco. ampolla	Comprimidos	Dosis Mg / M2	Días	Frecuencia

Fecha del último tratamiento:	Fecha probable del próximo tratamiento:
Cantidad de ciclos programados:	Ciclos realizados:

Ambulatorio:	NO	SI
Internación:	NO	SI

Desde: _____ Hasta: _____

Fundamento médico por cambio de esquema terapeutico:

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

_____
Firma y Sello del Profesional

Este protocolo debe ser completado por el Profesional tratante, y presentado a la Gerencia Médica de OSIM para su evaluación y posterior envío de medicamentos, **acompañado por la receta original.**

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo ....., con DNI Nº ....., 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: ..... **Aclaración de firma:** .....

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor: .....
Aclaración de firma: ..... **Nº 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 / la Sr. / Sra. ..... ha comprendido la totalidad de lo explicado.

_____
Firma y sello del médico