

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA QUIMIOTERAPIA

Documentación a presentar en OSIM

- **Pedido Médico** por “**medicamento genérico**” indicando “**diagnóstico**” (copia). El original se presenta al momento de la entrega del medicamento.
- **Consentimiento Informado** (original). Ver formulario adjunto en página 2.
- **Resumen de Historia Clínica** tipo 1 (original / ver formulario adjunto) Indicando datos del paciente, evolución de patología, estadio, tratamientos anteriores, estado actual y fundamentación médica del uso de la medicación a solicitar. Ver formulario adjunto en página 3.
- **Estudios relacionados con la patología** (copia)
- **Ficha de Registro de Prescripción Oncológica** (original) Ver formulario adjunto en páginas 4 y 5.

LA DOCUMENTACIÓN SERA EVALUADA POR AUDITORIA MEDICA, QUIEN PODRA SOLICITAR MAS INFORMACIÓN.

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Consentimiento Informado
- Resumen de Historia Clínica tipo 1
- Ficha de Registro de Prescripción Oncológica

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: de de

Yo, 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: Aclaración de firma:

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 / la Sr. / Sra. ha comprendido la totalidad de lo explicado.

Firma y sello del médico

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

ANTECEDENTES 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

FICHA DE REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA

Afiliado

Nombre y Apellido:		N° Afiliado:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Prestador Médico		
Domicilio: Calle:		N°	Piso:	Dpto.:
Localidad:	C.Postal:	Provincia:		
Telefonos: Particular		Laboral		Celular
E-mail:				

Médico Tratante

Nombre y Apellido:				
Domicilio: Calle:		N°	Piso:	Dpto.:
Localidad:	C.Postal:	Provincia:		
Telefono particular:		Celular:		
E-mail:				
Horarios y días de atención:				
Matrícula Profesional:		Especialista en:		

Diagnóstico y antecedentes

Diagnóstico:		Fecha de Diagnóstico:		
Estado Inicial:				
Informe Anatómo-patológico (Adjuntar copia):				
Estadio Actual:				
Localización/es (Si corresponde):				
Antecedentes Oncológicos:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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:

Esquemas terapéuticos previos				
Terapia	Fecha	Esquema	Duración	Observaciones

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

Firma y Sello del Profesional

FICHA DE REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA

Esquema Terapeutico solicitado: _____

Carácter: _____

Adyuvante: _____

Neo-Adyuvante: _____

Paliativo: _____

Ciclo N°: _____

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
NO	SI

Internación:

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.