

PROTOCOLO DE MEDICACION POST TRASPLANTE

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

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

Trasplante

Fecha trasplante

/...../.....
--	-------------------

Detalle del cuadro clínico que culminó en Trasplante

Tratamiento

*Completar las tres columnas (excluyente)

Monodroga	Dosis Diaria (mg)	Dosis Semanal (mg)	Dosis Mensual (mg)
Tacrolimus			
Sirolimus			
Micofenolato			
Everolimus			
Valganciclovir			
Belatacept			
Ciclosporina			
Inmunoglobulina			
Timoglobulina			
Otros (droga)			
Otros (droga)			
Otros (droga)			

Como médico tratante de aclarado que la dosificación de la medicación inmunosupresora no es constante, debiendo ésta ser ajustada a la respuesta obtenida, dosajes en sangre, intercorrencias, entre otros.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel: _____ **Firma y Sello:**

INSTRUCTIVO DE MEDICACION POST TRASPLANTE

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de medicación post trasplante.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico.
- Consentimiento informado.

CONTINUIDAD

- Prescripción médica de la medicación en original/copia y duplicado en caso de que corresponda. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Protocolo de medicación post trasplante.
- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento y/o aumento de dosis.
- Consentimiento informado.

DOCUMENTACIÓN SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo de medicación post trasplante.
- Copia de estudios actualizados.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**