

PROTOCOLO ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO (marcar con una X lo que corresponda)

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L) (mínimo 2 pruebas).
- Estudio molecular que documente la presencia de mutaciones del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) (2 mutaciones). Marcar con 1 X la mutación que corresponda:
- Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV Tipo V Tipo VI
- Demostración de diferencia de potencial nasal transepitelial anormal.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(debe detallar cómo se arribó al diagnóstico, estado actual y estatus funcional)

Peso: kg. Talla: mts. CVF: VEF¹:

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Tobramicina				Tezacaftor/Ivacaftor			
Dnasa Recombinante Humana				Lumacaftor/Ivacaftor			
Enzimas Pancreáticas				Elexacaftor / Tezacaftor /Ivacaftor			
Ivacaftor monoterapia				Otro			

Firma y Sello:

PROTOCOLO ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

2 de 2

TRATAMIENTO SOLICITADO (marcar con una X lo que corresponda)

- Tratamiento sintomático convencional
- Terapia moduladora del CFTR

Droga	Dosis	Frecuencia	Dosis total mensual	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

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. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiarios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo original, completo en TODOS los campos.
- Resumen de historia clínica detallado.
- Documentación Respaldata.
 - Test de Sudor
 -
 - Estudio Molecular donde se documentan al menos 2 mutaciones del CFTR
 -
 - Diferencia del Potencial nasal transepitelial
 -
 - Espirometría
- Consentimiento informado.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo original completo en todos los campos.
- Resumen de historia clínica detallado.
- Copia de estudios realizados inherentes a la patología.
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA DOSIS.

- Protocolo original completo en todos los campos.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiarios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Resumen de historia clínica detallado.
- Copia de estudios realizados inherentes a la patología.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: _____ Firma: _____
Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN: _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.