

PROTOCOLO ENFERMEDAD DE GAUCHER

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Enfermedad de Gaucher tipo 1
- Enfermedad de Gaucher tipo 3
- Disminución en la actividad de la enzima glucocerebrosidasa

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

- Terapia de sustitución enzimática (TSE): a largo plazo en pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico confirmado de enfermedad de Gaucher no neuropática (tipo 1) o neuropática crónica (tipo 3) que presenta:
 - Anemia tras exclusión de otras causas, tales como déficit de hierro
 - Trombocitopenia
 - Enfermedad ósea tras exclusión de otras causas, tales como déficit de Vitamina D
 - Hepatomegalia o esplenomegalia
- Terapia de reducción de sustrato (TRS): paciente adulto con enfermedad de Gaucher tipo 1 en el que no es adecuado el tratamiento enzimático sustitutivo.
- Enfermedad de Gaucher tipo 1 que son metabolizadores del CYP2D6 lentos, intermedios o rápidos

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Imiglucerasa			
Velaglucerasa			
Otro			
Otro			

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional y fundamentos terapéuticos del tratamiento indicado)

Firma y Sello:

PROTOCOLO ENFERMEDAD DE GAUCHER

2 de 2

INFORMACIÓN ADICIONAL (Indicar si presenta y detallar)

- Hepatoesplenomegalia _____
- Hiperesplenismo _____
- Crisis óseas _____
- Compromiso neurológico _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ENFERMEDAD DE GAUCHER

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

INICIO

- Protocolo Enfermedad de Gaucher original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. 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 con una anticipación mínima de 10 días hábiles. Consentimiento informado.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
 - Determinación de la actividad de la glucocerebrosidasa.
 - Estudio genético.
 - Estudio por imágenes (ecografía, densitometría ósea, tomografía, resonancia magnética, en caso de corresponder).
 - Laboratorio completo.
 - Estudios de función miocárdica.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Enfermedad de Gaucher original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo Enfermedad de Gaucher original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. 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 con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Actualización de estudios.
- 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.