

PROTOCOLO ENFERMEDAD DE CROHN

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 1

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Biopsia con presencia de granulomas o infiltrados linfoides

Presencia de al menos dos de los siguientes criterios

Lesión digestiva alta

Fisura anal

Lesión anal

Absceso

Distribución segmentaria

Fístula

Lesión transmural

Estenosis

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

Pacientes adultos y niños (a partir de los 6 años) con enfermedad activa moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Mesalazina				Infliximab			
Corticoides				Certolizumab pegol			
Mercaptopurina				Ustekinumab			
Metotrexato				Vedolizumab			
Adalimumab				Otro			

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

Crohn disease activity index (CDAI) de inicio

Crohn disease activity index (CDAI) de seguimiento

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ENFERMEDAD DE CROHN

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 Crohn 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.
 - Estudio de imagen confirmatorio (Endoscopia-Biopsia-Entero Tomografía-Enterorresonancia).
 - Biopsia en caso haber realizado.
 - Laboratorio completo.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Enfermedad de Crohn 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 (laboratorio y estudios por imágenes en caso de haber realizado).
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo Enfermedad de Crohn 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.