

# PROTOCOLO COLITIS ULCEROSA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 1

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: .....

DNI: ..... Edad: .....

## FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

- Diarrea con sangre.
- Pérdida de peso y/o anorexia
- Dolor abdominal
- Manifestaciones extraintestinales (detallar)
- Fiebre en los brotes severos y extensos, \_\_\_\_\_
- Tenesmo rectal \_\_\_\_\_
- Urgencia o incontinencia fecal
- Colonoscopia: \_\_\_\_\_
- Anatomía patológica confirmatoria ...../...../.....

## FUNDAMENTO TERAPEUTICO

- Colitis ulcerosa activa, moderada a grave, en pacientes que respondieron inadecuadamente al tratamiento convencional o que presentan intolerancia o tienen contraindicaciones médicas al empleo de estos

## TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Mesalazina				Golimumab			
Corticoides				Ustekinumab			
Mercaptopurina				Vedolizumab			
Metotrexato				Tofacitinib			
Adalimumab				Otro			
Infliximab				Otro			

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

# INSTRUCTIVO COLITIS ULCEROSA

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

## INICIO

- Protocolo Colitis Ulcerosa, 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.
  - Colonoscopia.
  - Biopsia en caso haber realizado.
  - Laboratorio completo.
  - Estudio por imágenes.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Colitis Ulcerosa 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 Colitis Ulcerosa 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.