

PROTOCOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

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

1 de 2

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Realización de cateterismo cardíaco derecho (CCD).
- Elevación de la presión media de la arteria pulmonar (PMAP) \geq 25 mmHg, medida mediante CCD con el paciente en reposo.
- Presencia de una presión de enclavamiento pulmonar (Wedge) (PAWP) \leq 15 mmHg
- Resistencias vasculares pulmonares (RVP) \geq 3 unidades Wood (UW).
- Ausencia de otras condiciones de HTP precapilar, como la que puede darse en forma secundaria a enfermedades pulmonares.

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

- Grupo 1: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar con clase funcional grado II - IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Grupo 4: Pacientes con Hipertensión Pulmonar Secundaria a Enfermedad Tromboembólica Crónica con
 - contraindicación debidamente justificada para la endarterectomía pulmonar
 - con hipertensión pulmonar persistente o recurrente luego de la endarterectomía pulmonar, con clase Funcional II a III de la OMS.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Bosentán				Epoprostenol			
Ambrisentán				Selexipag			
Mecitentán				Riociguat			
Iloprost				Bosentán			
Treprostinil				Otro			

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

- Clase funcional NYHA de inicio _____
- Clase funcional NYHA de seguimiento _____

Firma y Sello:

PROTOCOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

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

INICIO

- Protocolo Hipertensión Pulmonar 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.
- Test de vasorreactividad si corresponde.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Hipertensión Pulmonar 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 Hipertensión Pulmonar 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.