

PROCOLO INMUNOSUPRESIÓN POST TRASPLANTE

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 1

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../..... Órgano trasplantado :

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

- Inmunosupresión en la etapa previa al trasplante
- Inmunosupresión en la etapa concomitante al trasplante
- Inmunosupresión en la etapa posterior al trasplante

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de suspensión

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 INMUNOSUPRESIÓN POST TRASPLANTE

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

INICIO

- Protocolo Inmunosupresión post trasplante 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.
- Protocolo de trasplante o certificado de trasplante del INCUCAI.
- Serología para virus Epstein Barr (en caso de corresponder).

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

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

CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo Inmunosupresión post trasplante 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.
- Actualización de estudios.
- Serología para virus Epstein Barr (en caso de corresponder).

**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.