

PROTOCOLO SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Trombocitopenia menor a 150.000/mm³ o con disminución del 25% respecto al basal.
- Anemia hemolítica microangiopática.
- Insuficiencia renal aguda.
- Determinación de infección por E. Coli O157:H7.
- Determinación actividad enzimática ADAMTS13 mayor al 5-10%.
- Actividad del complemento: C3, C4, CH50.
- Biopsia de riñón con demostración de MAT histológica.
- Test genético que demuestra anomalías en los genes que regulan la vía alterna del complemento.
- Manifestaciones isquémicas de otros órganos blancos.

SNC

Páncreas

Miocardio

Otros

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

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

INICIO

- Protocolo Síndrome urémico hemolítico atípico, completo en todos los campos.
- Resumen de Historia clínica completo y detallado que indique evolución, estado actual del paciente, -tratamiento indicado, fecha y dosis de aplicaciones, respuesta obtenida.
- 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 (en caso de pedidos bimestrales, la receta debe indicar los meses que se cubrirán).
- Consentimiento informado.
- Estudios de diagnóstico.
 - Laboratorio completo.
 - Biopsia renal.
 - Determinación de actividad del complemento
 - Determinación de ADAMTS13.
 - Test genético.
 - Coprocultivo, FillArray u otros estudios que confirmen infección por E. Coli O157:H7.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON CADA PEDIDO DE MEDICACIÓN

- Protocolo Síndrome urémico hemolítico atípico, completo en todos los campos.
- Resumen de Historia clínico completo y detallado que indique evolución, estado actual del paciente, -tratamiento indicado, fecha y dosis de aplicaciones, respuesta obtenida.
- 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 (en caso de pedidos bimestrales, la receta debe indicar los meses que se cubrirán).
- Estudios actualizados en caso de haber realizado.

**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.