

PROTOCOLO ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 1

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

AME Tipo III

AME Tipo I

AME Tipo IV

AME Tipo II

AME Tipo V

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

Estudio genético (fecha y resultado):

Dictamen favorable CONAME

Traqueostomía

Función deglutoria: Oral Sonda nasogástrica/nasoenteral Botón gástrico

Requiere soporte respiratorio SI NO Cantidad de horas:

Escala CHOP- INTEND

Valor basal

Valor actual

HFMSE (Escala Motora Funcional de Hammersmith versión extendida)

Valor basal

Valor actual

Escala HINE (Hammersmith Infant Neurological Examination Section 2)

Valor basal

Valor actual

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de Inicio del tratamiento

Lugar y fecha de aplicación:

.....

Efectos adversos de la medicación (en caso afirmativo, detallar tipo y severidad):

.....

Fecha suspensión de tratamiento específico (en caso afirmativo, detallar el motivo):

.....

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

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

INICIO

- Protocolo Atrofia Muscular Espinal completo en todos los campos.
- Resumen de Historia clínico completo y detallado que indique evolución, estado actual del paciente, 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.
- Consentimiento informado.
- Estudios de diagnóstico (estudio genético molecular, laboratorio completo, electromiograma, dosaje de CPK, etc).
- Autorización de importación ANMAT y documentación respaldatoria del trámite según normativa de dicho organismo (DDJJ RAEM, prospecto del medicamento, conformidad de la institución sanitaria, etc. según corresponda).

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON CADA PEDIDO DE MEDICACIÓN

- Protocolo Atrofia Muscular Espinal completo en todos los campos.
- Resumen de Historia clínico completo y detallado que indique evolución, estado actual del paciente, respuesta al tratamiento.
- Estudios actualizados en caso de haber realizado.
- Autorización de importación ANMAT y documentación respaldatoria del trámite según normativa de dicho organismo (DDJJ RAEM, prospecto del medicamento, conformidad de la institución sanitaria, etc. según corresponda).

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.