

PROTOCOLO HEMOFILIA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

1 de 2

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

DIAGNÓSTICO

Hemofilia A Moderada

Hemofilia A Severa

Hemofilia B Moderada

Hemofilia B Severa

Otros _____

Fecha diagnóstico: ____/____/____

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Complejo Coagulante Anti Inhibidor

Emicizumab

Factor VIIA Recombinante

Factor VIII

Factor VIII Recombinante

Sin tratamiento previo

TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO

Profilaxis

Profilaxis intermitente

A demanda por eventos

Inmunotolerancia

DETALLE DE TRATAMIENTO INDICADO

Droga	Dosis UI/kg	Dosis total	Frecuencia	Fecha inicio

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y DATOS CLÍNICOS

Talla _____

Peso _____

Valor de inhibidor: _____

Fecha: ____/____/____

Factor VIII: _____

Fecha: ____/____/____

Factor IX: _____

Fecha: ____/____/____

Sangrados articulares en los últimos 6 meses (indicar cantidad y fecha)

Sangrados extraarticulares en los últimos 6 meses (indicar cantidad y fecha)

Adjuntar constancia de sangrado y/o intervenciones

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO HEMOFILIA

INICIO DE TRATAMIENTO

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

- Protocolo hemofilia, completo en todos los campos.
- Prescripción médica de la medicación. 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.
- Informe de determinación de inhibidores no mayor al año de antigüedad (actualizar anualmente).
- Laboratorio completo (actualizar anualmente).
- Consentimiento informado.
- Constancia vacunación hepatitis A y B.
- En caso de inmunotolerancia, deberá adjuntar resumen de historia clínica que indique edad de inicio de tratamiento, valor más alto de inhibidor previo al inicio de tratamiento, pico histórico de inhibidor.

PRESENTACIÓN MENSUAL

- Protocolo hemofilia, completo en todos los campos.
- 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.
- Constancia aplicación mensual o libreta aplicaciones del último mes completo (debe constar el mes, nombre y apellido, firma y sello del médico).

CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo hemofilia, completo en todos los campos.
- Prescripción médica de la medicación. 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.
- Informe de determinación de inhibidores no mayor al año de antigüedad.
- Consentimiento informado.
- Última constancia aplicación mensual o libreta aplicaciones del último mes completo (debe constar el mes, nombre y apellido, firma y sello del médico)

**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.**

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA: _____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto: _____