

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

DIAGNÓSTICO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemofilia A Moderada | <input type="checkbox"/> Hemofilia B Severa |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia A Severa | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia B Moderada | <input type="checkbox"/> Fecha diagnóstico: ____/____/____ |

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Complejo Coagulante Anti Inhibidor | <input type="checkbox"/> Factor VIII |
| <input type="checkbox"/> Emicizumab | <input type="checkbox"/> Factor VIII Recombinante |
| <input type="checkbox"/> Factor VIIA Recombinante | <input type="checkbox"/> Sin tratamiento previo |

TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Profilaxis | <input type="checkbox"/> A demanda por eventos |
| <input type="checkbox"/> Profilaxis intermitente | <input type="checkbox"/> 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: _____