

HEPATITIS C CRÓNICA: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?

- 1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la enfermedad "**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA**". Los mismos también están en las Agencias de Unión Personal y Accord Salud para el interior del país de su cartilla o <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>.
- 2º. Por favor, comuníquelo al médico que la receta de los medicamentos (además de contener los datos habituales: nombre, apellido, afiliado y plan) deberán constar el D.N.I. y Diagnóstico.
- 3º. En el **FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA** complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
- 4º. Su médico de cabecera hepatólogo de cartilla u hospital público deben completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. Luego complete con el médico el consentimiento informado escrito incluido en la última página de este documento.
- 5º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a Delegaciones de Unión Personal/Accord Salud.
- 6º. **Documentación que debe presentar:**
 - Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
 - Copia del informe de los últimos laboratorios y aquellos que hayan fundamentado el diagnóstico y/o tratamiento (serología, carga viral, antígenos, RNA, etc.). Así mismo, le pedimos fotocopia de la elastografía y/o biopsia hepática.
 - Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 2º.
 - Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
 - Copia de la credencial de afiliación.

POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

- 7º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.
- 8º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

A) Sr/a. AFILADO: COMPLETE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

Nombre y apellido del titular de la Obra Social:		
Número de afiliado del titular:		DNI del titular:
Plan:	Dos teléfonos de contacto:	
Domicilio:		
Correo electrónico de contacto:		
Firma del solicitante	Aclaración de la firma	Fecha

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido del paciente (no completar en caso de HIV/SIDA):		
CÓDIGO EN CASO DE HIV/SIDA:		
D.N.I. del paciente:	N° de afiliado del paciente:	
Fecha de nacimiento del paciente:	Sexo:	Edad:
Resumen de historia clínica del paciente (con antecedentes)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
¿Está coinfectado con HBV crónica? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)		
¿Está coinfectado con HIV? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)		
Estado funcional actual:.....		
Diagnóstico:.....		
Fecha del diagnóstico:...../...../.....		
Child Pugh:.....		
MELD calculado:.....		

LABORATORIO GENERAL		FECHA:/...../.....	
HEMATOCRITO		FAL	
GL. BLANCOS		ALBUMINA	
PLAQUETAS		BILIRRUBINA TOTAL	
QUICK		BIL DIRECTA	
KPTT		BIL INDIRECTA	
CREATININA		TGO	
UREA		TGP	
HIV		Otros:	
LABORATORIO ESPECÍFICO HEPATITIS C		FECHA:/...../.....	
Anti-HCV:		¿Lleva más de 6 meses de positividad? SI / NO	
RNA cualitativo:			
RNA cuantitativo (con niveles de detección de 15 UI/ml):			
Genotipo y subtipo HCV:			
Carga viral basal (UI/ml)			
Carga Viral Basal (log ⁻¹⁰)			
ALFAFETOPROTEINA		FECHA:	
GRADO DE FIBROSIS:			
BIOPSIA HEPATICA	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) fecha de realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA BIOPSIA:			
ELASTOGRAFÍA/FIBROSCAN	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) fecha de la realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA ELASTOGRAFÍA			

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamientos previos	Fecha de tratamiento	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada (Marcar con un círculo lo que corresponda)	Describa brevemente detalles de la respuesta
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	

Medicación que solicita actualmente para el tratamiento inicial (o de continuidad) de la hepatitis B crónica de su paciente:

1) Medicamento 1

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....

.....Fecha de inicio:...../...../.....

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? **SI / NO**

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

2) Medicamento 2

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....

.....Fecha de inicio:...../...../.....

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

3) Medicamento 3

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....

.....Fecha de inicio:...../...../.....

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

Firma del médico	Sello	Fecha
Sello de la Institución		Teléfono de contacto

C) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA AL MÉDICO AUDITOR DE UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD

Detallar las observaciones de auditoría:
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SE AUTORIZA <input type="checkbox"/> NO SE AUTORIZA </div>
RNOS : 1-2570-7

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

Firma del médico AUDITOR	Sello	Teléfono /Interno UP
--------------------------	-------	----------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años
de edad, con domicilio en
.....DNI y N° de afiliado.....

Completar en caso de ser necesario:

Representante legal (nombre/s y apellido/s)
de años de edad, con domicilio en.....
y DNI, en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

DECLARO:

Que el Dr. MN..... especialista en
....., me ha informado de forma comprensible acerca del
tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico)
para la patología (consignar diagnóstico)
Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del
tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para
mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los
posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que la
dosis del medicamento pueda requerir ser ajustada en el tiempo; asimismo he sido informado
sobre el derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o
preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la
medicación.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para
reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual
se me facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante legal)

Aclaración:

Firma:

(Médico)

Sello: