

VR

50028402

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRE
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 00312

87
ZG SODIUM SP.V.
CONCENTRULA 100%
FOLICUL 100.1A3
Tabelo 3122

M. Socorro Ridel

Factor IX Recombinante

500 UI

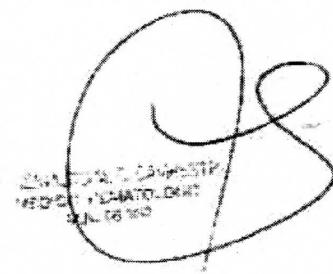
Bemix 500

I = 24 (vienti uccelli)

M. Sophie B Jeune

Proplex S

21/10/13



D.R. REINALDO R. G. CAMPESTRE
MEDICO HEMATOLOGO
N. N. 66352

Ref. JP. 5009402

Sacchar tide

Cucurbita faceta IX

Recahuera 500V

Bespi x 500V

(verde)

14,80% de Desc. s/P.V.P.

COBERTURA 100%

Fechal 3 P. 3 L. 3

D. Heufaria D. Seria

Proflexis x 1(m) met DB

Ao Gruel Viver

Dr. Reinaldo R. G. Campestre

13/9/13

Rp./SRES. UP: AUDITORIA MÉDICA.

PACIENTE: FIDEL SACCHERO.

Ag N: 5002P402.

DIAGNÓSTICO: HEMOFILIA B SEVERA (FACTOR IX < 1%).
EN TRAT. C/PROFILAXIS c/. FACTOR
IX RECOMBINANTE

EDAD: 8 y 10 MESES.

RESÚMEN DE H. CLÍNICA. ACTUALIZADO

AL IGUAL QUE EN PERIODOS ANTERIORES, EL PACIENTE A PRESENTADO EVOLUCIÓN SATISFACTORIA C/PROFILAXIS CON FACTOR IX RECOMBINANTE, EN LA EVOLUCIÓN, TANTO EN Crecimiento como en DESARROLLO, EL PACIENTE PRESENTA CADA VEZ MÁS FRECUENTEMENTE TRAUMATISMOS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES PROPICIAS DE SU EDAD, PUE INCLUIR JUEGOS GRUPALES. ODEMOS PRESENTAR CAMBIOS DE DENTICIÓN, TANTO LOS MAMMARIOS OSITEO-MIO-ARTICULARES COMO LOS CAMBIOS DE DENTICIÓN SON OCASIÓN NADA. MAYOR CONSUMO DE FACTOR IX RECOMBINANTE.
20 de Febrero 598 - (R 8400 GCL) - Bariloche Tel. (0294) 4525000
Pcia de Río Negro - Argentina - Email: hpr@hprbariloche.com.

GENEALOGÍA HACE APROXIMADAMENTE
15 DÍAS A MÁS. GENEALOGÍA POR MAURICIO

LO QUE OCASIONÓ, POR IMPOTENCIA FUNCIONAL
SECUNDARIA A DOLOR, REPOSO ABSOLUTO,
Y ASYSTOLE DE M.R. ESPECÍFICO POR 48 h.

POD. FALTAS DE FACTOR IX RECOMBINANTE
Y QUE CONSISTIÓ EN LAS PRIMERAS 24 h

POR INCIDENTE. EL FACTOR IX PUEDE QUEDAR
POR PROFILOXIS,

ACTUALMENTE, CONTINÚA CON PROFILOXIS
Y RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS.

MOTIVO DE LA PRESENTE:

SOLICITUD DE DISPONER EN EL AMBITO

DONDE RESIDE EL NIÑO DE FACTOR

IX RECOMBINANTE, YA QUE NO ES POSIBLE

MANEJAR. LA EMERGENCIA SIN DISPONIBILIDAD.

POD. POR RAZÓN SOLICITO A AUDITORÍA MEDICA

SEA RESUELTO SI LOS 48 (CUELENDO JOCO)

FRASCOS DE F. IX RECOMBINANTE Q. QUITAR EN GUERRA

DE UP. DELEGACIÓN SANTO DOMINGO PADRES

04/09/13

RICARDO C. RUBERT
DOCTOR HEMATOLOGO MEDICINA TRANSFUSIONAL
N. N. 5382 M.P. 3188
211 M.P.H. 103

REQUERIMIENTO DE FÁCIMOS.
ESTA SOLICITUD YA FUÉ REALIZADA
HACE APROX. 45 DÍAS.
ES URGENTE!!!

Rp./ SACCHERO RIBEL RICARDO C. NIBIIRSKI
MEDICO HEMATOLOGO MEDICINA TRANSFUSIONAL
M.N. 51382 M.P.H. 108
M.P.E. 311 M.P.H. 103

UP 500 ZP40Z Plan 002.

FACTOR IX recombinante.

Frasco 500 U.

L=48 (currens y ocho frascos)

D. Heropius 3 Series.

URGENTE! El paciente presenta:

LACE 15 días Gonzalo RIBEL SACCHERO
Y REPUDIO MAT. FUERZA PROFUNDA

Rp.

(con) 20 de Febrero 598 - (R 8400 GCL) - Bariloche (0294) 4525000
Pcia de Rio Negro - Argentina RICARDO C. NIBIIRSKI
E-mail: hpr@hprbariloche.com.
04/02/13 M.N. 51382 M.P.H. 108
M.P.E. 311 M.P.H. 103

Le envío un envase 500 U.

Bleu f-i 500 U.

(unidos)

Dr. Heropius B

Series

hoyplexis

8 fer x mes

DR. RENALDO M. G. CAMPESTRE
MEDICO HEMATOLOGO

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

Fecha: 04.10.13.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: SACCHERO Fidel

Afiliado U.P. Nº: 00 50029402 Plan: 002

Dirección: Los Nenesas 342 Te.: 2944 664502

Localidad: Barrio de Pcia.: Rio Negro Mail: ricardomibra@speedy.com.ar

09 SEP 2013

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: RICARDO C. NIBURSKI MN: 57382 MP 3188

Institución: Hematología - Hospital Prímo Reina del Sur S.A.

Diagnóstico: HEMOFILIA B SEVERA (NIVEL DE FACTOR IX < 1%).

Genérico: HEMOFIUS B FACTOR IX recombinante

Presentación: FRASCOS 500 UNT. DE Factor IX Recombinante 50Z

Dosis diaria: 500 U.F.I.X Dosis mensual: Peso: 30Kg Altura: 1.40 m. t.

Tiempo estimado de tratamiento: Crónico - 30 TRIMESTRES EN 30 Frascos

CONSUMO MENSUAL: 8 A 12 FRASCOS * VALE

RICARDO C. NIBURSKI
MEDICO HEMATOLOGO MEDICINA TRANSFUSIONAL
MN. 57382 MP 3188
MPF 311 M.P.H 403

RICARDO C. NIBURSKI
MEDICO HEMATOLOGO MEDICINA TRANSFUSIONAL
MN. 57382 MP 3188
MPF 311 M.P.H 403

Firma y sello
Medico solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: SACCHERO

D.N.I.: 21.675.140

Domicilio en: LA NENESAS 347

Localidad: Barrio Chico

Parentesco: PADRE

El paciente de 8 años de edad recibe Factor. 2 veces por semana hasta los 7000 U.F.I.X. En lo actual. Por su octavo año físico presenta incisivos periódicos con tumefacciones de dura duración y dientes rotos de dentición. Por lo que en algunas

Servicios requiere hospitalización de 8 Frascos o más.

Por tal razón solicito de forma urgente se resuelva

A) Currícula de 18 Frascos + 3 Juntas de 8 Frascos por mes.
B) LOS FRASCOS SOLICITADOS POR LA DÍA INCIDENCIA *

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con lo anterior asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

RICARDO C. NIBURSKI
MEDICO HEMATOLOGO MEDICINA TRANSFUSIONAL
MN. 57382 MP 3188
MPF 311 M.P.H 403

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA: *Anabeli F. Saccheri*

ACLARACION: *Anabeli F. Saccheri*

VALE * en el punto B de lo que dice

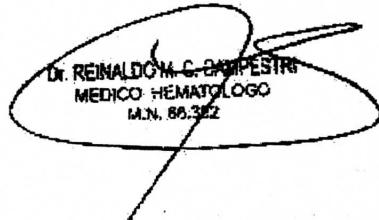
UF 650024402 002
DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M.N. 66352

gr. Sacchero fidei
con metà di Fator IX
Recomendante 500 UI

Bene f.c. 500 u.
(unidose)

Dr. Heinz Jilg B
Severe
Hemophilius
8 factor VIII

8/8/13



Afiliado:
Nro.:

Rp./



El nino tiene sacálo de 8 més
y 8 més de edad tiene diag-
nóstico de velebitismo severo
y esto en todo momento de pro-
flosis con dolor y recurren-
te incontinencia desde el año de edad
y en el segundo mes 10000
de montañismo. Seguimiento
cognitivo en la medida en que se
presenta. No lo presenta.
La hemostasia no lo presenta,
lo contrario a los menos agi-
cos, no se pierden en los mismos

6 meses
Por tanto es
que no se pierde

Fecha

CECILIA SCHUTMAN
Médica Pediatra
M.N. 105736 - M.P. 4745

817113

Firma y Sello del profesional

Afiliado: Sacelos
Nro.: 500 29402

Rp./



Mano Pediátrica Bariloche
CONSULTORIOS
Elflein 435 - Tel. (0294) 4424215

fase IX se con gres en
le cura contante

Dosis 500 Urid
(Bene f. x ⊕)
x 48
(varienta y orden)
frases

Dx
Hemofilia B

CECILIA SCHUTMAN
Médica Pediatra
M.R. 105736 - M.P. 4745

8-7-13

..... / /

Fecha

Firma y Sello del profesional



Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación

URGENTE !!!

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

Fecha 8/7/13

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: Saccharo Fidel

Afiliado U.P.Nº: 0050029402 Plan: 002

Dirección: LAS NEGRAS 347 Te: 2944 664502

Localidad: Sce Pcia: Río Negro

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: Schleifer Cecilia MN: 105736 8184745

Institución: Mano Federativa

Diagnóstico: Herpes sencillo B

Genérico: Herpes sencillo B

Presentación: Dosis 500 UF IX x 8 drásicos x vías

Dosis diaria: 500 UF IX Dosis mensual: 8 drásicos x vías

Tiempo estimado de tratamiento: Cuatro

CECILIA SCHLEIFER
Médica Pediatra
M.N. 105736 M.P. 4745

Firma y sello
Médico solicitante

Firma y sello
Institución

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: ESCOBAR ANABELIA

D.N.I.: 24220163

Domicilio en: LAS NEGRAS 347

Localidad: Bariloche

Parentesco: Mamá

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:

ACLARACION: Ana Belén Escobar