

UP 6678501-2 0002

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 6635P

U. b. f. p. u. u. u.

Factor VIII octavo

Norosem 5 mg
(intelle)

1 = 5 (una)

J. Hemophila A semu

con ulteriores

- hemor. from

176
15.08.13
CENSA
MONI 24 10.13
Planeta 222

17/10/13

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 6635P

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s) LUIS VILAPALMA de 26
años de edad, con domicilio en Paraná, 1244. Nro 324 6to 16
DNI 36.688.770 y N° de afiliado 6678501-2

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. GUILLELMO MANCINI MN 66728 especialista
en Neumología me ha informado de forma comprensible
acerca del tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico) Fleboton VII Q
para la patología (consignar diagnóstico) HEMORRAGIA A GADUC GENITAL B. 2011

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 periodo 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 Paraná a los 18 días del mes de Septiembre de 20 13

Firma:
(Paciente/Representante legal)

Firma:
(Médico)

Aclaración:

Sello:

**PROGRAMA DE PROFILAXIS ANTIHEMOFÍLICA
HOJA DE INGRESO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: <u>VILCAPLANA LUIS</u>									
DOMICILIO:					PROVINCIA:			CP:	
LOCALIDAD:					FECHA DE INGRESO:				
FECHA DE NACIMIENTO:		D	M	A			D	M	A
OBRA SOCIAL:					RENOS:				
PRESTADOR:									
TIPO DE HEMOFILIA		<u>A</u> B		NIVEL:		INHIBID OR:		<u>SI</u> NO	

ANTECEDENTES

Nº DE HEMARTROSIS PREVIAS:		OTROS EPISODIO S:	
Nº DE DÍAS DE EXPOSICIÓN ANTES DEL INICIO:		DETERMINACIÓN DE INHIBIDORES ANTERIORES AL INICIO:	FECHA Y TÍTULO:
DÍAS/AÑO DE AUSENTISMO ESCOLAR DEL NIÑO:		DÍAS/AÑO DE AUSENTISMO LABORAL DE LA FAMILIA:	

INICIO DE LA PROFILAXIS

FECHA DE INICIO		D	M	A	MOTIVO:	
DOSIS E INTERVALOS INICIALES:		VIA		PERIF	CAT	TIPO:
TRATAMIENTO	DOMICILIO	HOSPITAL		¿QUIÉN ADMINISTRA EL FACTOR?		

FIRMA DEL
RESPONSABLE
ASISTENCIAL

AUDITORÍA MÉDICA DE
LA OBRA SOCIAL

NO SE PUEDE INGRESAR - TRATAMIENTO A DEMANDA

Dr. Guillermo J. Barrios
Médico Especialista en Hematología
Hemofilia
19/05/2012

Colegio Médico

VE 6678501-2
Luis Vivas

NOVOSEUO
FACULTAD
IS-PU-00 Fw 21.

Se unifica a cargo.

GOBIERNO NACIONAL
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA
Y PREVENCIÓN

21818713

Puerto, Madryn, 19.09. 2013

Sres. OS. UP.

Ref. Luis Vilaplana

Pte de 26 años de edad con diagnóstico de Hemofilia A Grave con aparición de inhibidores en Mayo de 2010, fecha en la cual comienza a recibir FVIIa .

Dosaje de inhibidores: 7 UB (01/2013)

Peso 99,00 Kg

Dosis de tratamiento 90ug/Kg a DEMANDA.

9.07.13: Hemartrosis de codo izquierdo.
Factor VIIa 10 mg c/3 hs. 2 aplicaciones.

30.07.13: Hemartrosis tobillo derecho espontáneo .
Factor VIIa 10 mg/3 hs 3 aplicaciones.

SIN MEDICACION DESDE ENTONCES. SOLICITADO CON FECHA DE 04.08.13.
PORQUE PEDIDO FUE PERDIDO DENTRO DE LA OBRA SOCIAL.

Solicito 15 fco amp. De Factor VIIa. Nuevamente.

Dr. Guillermo J. Madariaga
Médico Especialista en Hematología
y Hematología
C.I.P. 193.179

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

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

Fecha: 13/09/13

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: LUIS VILLALBA
Afiliado U.P. N°: 6678501-2 Plan: 0002
Dirección: noaallo 1244, N3032 Tel: 154220924
Localidad: Panamá Pcia: Colón Mail:

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Médico solicitante: MANERA GARCIA MN: 68720
Institución: Unidad de Salud de Puerto Mayor
Diagnóstico: Neuritis a guisa con inhibidores
Genérico: FARIN VIT
Presentación: 100 mg
Dosis diaria: Dosis mensual: Peso: 100 kg Altura: 180 cm
Tiempo estimado de tratamiento:

Firma y sello
Médico solicitante

Firma y sello
Institución

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Domicilio en:
Localidad:
Parentesco:

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 deslindeando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA

ACLARACION