

VP 085 6947003

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI

MEDICO HEMATOLOGO

M. N. 66352

0002

R. González JSE

Factor IX ( concentrado )

de factor anti hemophilic

B) 1500 UI ( ml )

J = 24 ( Veinticuatro )

Dosis plus B semanal  
hemofilia

27/8/13

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI  
MEDICO HEMATOLOGO  
M. N. 66352

RS



## ORDEN DE PRESTACIÓN

## 1. ESTABLECIMIENTO

Form. 5 PROVINCIA DE BUENOS AIRES - MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA DE ATENCION MEDICA ORGANIZADA

2. APELLIDO Y NOMBRES		3. FECHA	
C. Oñate lez Jose Antonio		15/08/13	
4. SEXO	5. EDAD	6. N° DE DOCUMENTO	7. TIPO DE DOCUMENTO
M	37	249761775	8. C.E.
F			9. SALA
12. CONDICIÓN		10. CAMA	11. H.C. N°
13. OBRA SOCIAL O MUTUAL		14. TIPO DE AFILIADO	15. N° DE AFILIADO
Union Personal			008568470013
16. DIAGNÓSTICO CLÍNICO		17. CÓDIGO	
Hemorragia severa			
18. CANT. o CÓD.		19. CONCEPTO	20. UNITARIO
Rp./ tactos IX		24 (venchlusso con	21. TOTAL
6 nifols 1500 U		feo dren	
22. FACTURACIÓN INTERVINO		23. SUELDO	24. TOTAL
		DR. JUAN CARLOS VILLALBA	25. CONFORME AFILIADO
27. AUTORIZACIÓN DE INTERNACION / PRÁCTICA		26. ABONAR p/ AFILIADO	26.1. ABONAR p/ O.S.
			28. PRÁCTICA REALIZADA POR
Firma Profesional			Firma Profesional
Sello aclaratorio		SELO DELEGACIÓN	Sello y Matrícula



**SAMO**  
SISTEMA DE ATENÇÃO  
MEDICA ORGANIZADA

## ORDEN DE PRESTACIÓN

## 1. ESTABLECIMIENTO

PROVINCIA DE BUENOS AIRES - MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA DE ATENCION MEDICA ORGANIZADA

**PROGRAMA DE PROFILAXIS ANTIHEMOFÍLICA  
HOJA DE INGRESO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:			González José Antonio		
DOMICILIO:			Coto 1930 s/n		
LOCALIDAD:			Mercedes		
FECHA DE NACIMIENTO:			08	09	75
OBRA SOCIAL:			D	M	A
PRESTADOR:			RENOS		
TIPO DE HEMOFILIA		A	B	NIVEL:	Secundario

**ANTECEDENTES**

Nº DE HEMARTROSIS PREVIAS:	20	OTROS EPISODIOS:	Sorprendido boca, amputación Cuadriiceps		
Nº DE DÍAS DE EXPOSICIÓN ANTES DEL INICIO:		DETERMINACIÓN DE INHIBIDORES ANTERIORES AL INICIO:	FECHA TÍTULO 03/7/13 neg.		
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:	Prevención de hemartrosis
DOSIS E INTERVALOS INICIALES:	3000	2 veces	x sem	VIA	PERIF
TRATAMIENTO	DOMICILIO	¿QUIEN ADMINISTRA EL FACTOR?			CAT
	HOSPITAL				

FIRMA DEL RESPONSABLE ASISTENCIAL  
Dra. M.P. 92723  
Obra Social de Hemoterapia  
Hospital Materno Infantil

AUDITO  
LA OBR

DR. GABRIELA SIBA  
M.R. 92723  
Jefa de Salud de Hemoterapia  
Hospital Materno Infantil

15/08/13

**PROGRAMA DE PROFILAXIS ANTIHEMOFÍLICA**  
**HOJA DE SEGUIMIENTO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:			González José Antonio		
FECHA:	15	09	13	FECHA DE NACIMIENTO:	08 09 75
OBRA SOCIAL:	JP	D	M	A	
PRESTADOR:	Hospital EPM				RENOS
TIPO DE HEMOFILIA	A	B	C	NIVEL:	Severe
ACTUALIZACIÓN	19/07/13				
TIEMPO EN PROFILAXIS:	0	DOSIS E INTERVALOS ACTUALES			
TRATAMIENTO	DOMICILIO	9			QUIÉN ADMINISTRA EL FACTOR?
	HOSPITAL				Paciente
VÍA DE ACCESO:	PERIF.	X			TIEMPO DE CATÉTER
	CAT				
COMPLICACIONES DEL CATÉTER:					

**EVOLUCIÓN**

Nº DE HEMARTROSIS EN EL AÑO:	(Especificar localización)		
	20		
OTROS EPISODIOS:	(Especificar Nº y localización)		
	Sangrado en base al borde cuadriceps		
ADMINISTRACIONES ADICIONALES:	(Especificar Nº y localización)		
TIPO DE CONTROL PARA AJUSTE DE DOSIS:	CLÍNICO		
	RESIDUALES		
	PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS		
DETERMINACIONES DE INHIBIDOR:	(Especificar fecha y título)		
	NO		
DÍAS/AÑO DE AUSENTISMO ESCOLAR DEL NIÑO:		DÍAS/AÑO DE AUSENTISMO DE LA FAMILIA:	

Dra. GABRIELA SLIBA  
M.P. 92728  
Médico de Sala de Hemoterapia  
Jefe de Sala de Hemoterapia Infantil  
Hospital Materno Infantil

**FIRMA DEL RESPONSABLE  
ASISTENCIAL**

AUDITADA

Es aconsejable determinar el inhibidor cada tres meses en las primeras; posteriormente cada tres meses.

20

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paciente (nombre/s y apellido/s) .... Jose Antonio Gonzalez ..... de 37.....  
años de edad, con domicilio en .... Av. Colón 1930 5ºN.....  
DNI ..24261775..... y Nº 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. .... SLIBA Gabriel ..... M.R. 92728..... especialista  
en .... Hematología....., me ha informado de forma comprensible  
acerca del tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico) .... FACTOR IX plasmófilo  
para la patología (consignar diagnóstico) .... HEMOFILIA B SENERA.....  
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 Mar Del Plata..... a los 15..... días del mes de Agosto..... de 2013.....

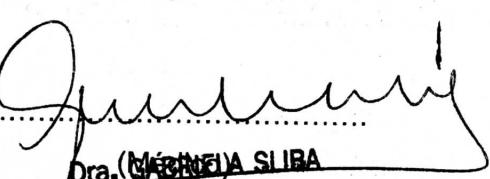
Firma: ..... M. A. Gonzalez.....

(Paciente/Representante legal)

Aclaración: Jose Gonzalez

Firma: ..... G. Sliba.....

Dra. MARCELA SLIBA  
M.R. 92728  
Jefa de Sala de Hemoterapia  
Hospital Materno Infantil

Sello: 

**HIEMI - LABORATORIO****EXAMEN DE SANGRE - COAGULOGRAMA**

Nº	13097
Fecha:	3 / 7 / 13

Paciente: GONZALEZ JOSE ANTONIO (DNI: 24761775)Sala: C-E Cama: - Edad: 37 A.TP: 14,1 seg. 88 %Valores de referencia

67% a 120%

Rin

KPTT: 56 seg.

23 a 38 Seg.

Tiempo de Trombina: - seg.

16 a 26 Seg.

Corrección con plasma normal:TP 12,4 Seg. 100 %KPTT 31 Seg.

FABIAN A. MORELES  
 BIOQUÍMICO  
 MAT. PROV. 3810

+ FACTOR IX 167% (intervalo referencia, 65-150%)

**LABORATORIO HIEMI**

DATE: 03/07/2013 11: SALA

ID: 13097

NAME: GONZALEZ JOSE ANTONIO DNI 24761775

RBC	5.02	[ $10^6$ / $\mu$ L]
WBC	4,9	[ $10^3$ / $\mu$ L]
HCT	45,5	[%]
HGB	15,4	[g/dL]
PLT	209	[ $10^3$ / $\mu$ L]
MCV	90,6	[fL]
MCH	30,7	[pg]
MCHC	33,8	[g/dL]
RDW	13,0	[%]

MANUAL DIFFERENTIAL		RBC
BAND	MYBL	Aniso
SEG	PrMY	Poikil
LYMP	MYC	Polychrom
Moc	MMYC	Target
EOS	ALYMP	BasoStip
BASO	OTHER	Sphero
TOTAL		
NRBC	/TOTAL	
Comment:		Comment:

FABIAN A. MORELES  
 BIOQUÍMICO  
 MAT. PROV. 3810

**Reporte de Paciente**

**HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL  
LABORATORIO CENTRAL - QUÍMICA CLÍNICA**

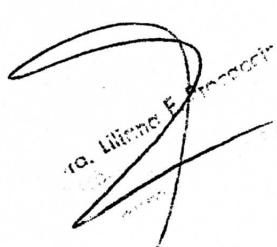
Código: 13097 (Hombre)  
 Apellido: GONZALEZ  
 Notas: 37A - CE - DNI 24761775

Fecha de test: 03-Jul-13  
 Nombre: JOSE

**Analisis**

Analisis	Método	Resultado	Referato 2da	Rango	Referato 2da
UREIA	U.V.	0.25 g/dl		0.100 - 0.600	
CREATININA	JAPPE	0.99 mg/dl		0.700 - 1.400	
FOSFATASA ALCALINA	P-NPP (DGKC)	209 U/L		60.00 - 300.0	
GOT	IFCC	36 U/L		0.000 - 45.00	
GPT	IFCC	41 U/L		0.000 - 50.00	
BILIRUBINA TOTAL	DPD	6 mg/l		0.000 - 10.00	
BIL A.A. liquida	DPD	(*) 2 mg/l		0.000 - 2.000	
BILIRRUBINA INDIRECTA	REL	4 mg/l		1.000 - 8.000	

ra. Liliana E. Pascocchia



enviad ~~resumen~~ H C Y recala por correo

- 575 -

Nombre y Apellido: Gonzalez, Jose Antonio

detallada precedentemente en los episodios referidos.

are Back July 22nd at Mediacon Decatur

33



**SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES**

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

Fecha: 15/08/13

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombre: ... *Gonzalez Jose Antonio* .....  
 Afiliado U.P.Nº: ... *00856947 003* ..... Plan: ... *0002* .....  
 Dirección: ... *Mar Del Plata Colón 1930* ..... Te.: *02262 15591166* .....  
 Localidad: *Mar Del Plata* Pcia: *Bs As* ..... Mail: *TonyRoca@Hotmail.com*

**DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

Medico solicitante: ... *SLIBA Gabriela MN 92728* .....  
 Institución: ... *HIMI Victoria Tettamanzi* .....  
 Diagnóstico: ... *Hemofilia B severa* .....  
 Genérico: ... *Foetor IX Fco amp 1500UI* .....  
 Presentación: ... *fco ampolla 1500 UI* .....  
 Dosis diaria: *3000* ..... Dosis mensual: *15000* ..... Peso: *76* ..... Altura: *182* .....  
 Tiempo estimado de tratamiento: ... *de por vida* .....

*GABRIELA SLIBA*  
Dra. ... *MARIBELA SLIBA* ..... Nro. ... *92728* ..... Hemicraneopatía  
Firma y sello ..... Médico solicitante  
Tel. ... *011 4360-1000* ..... Hospital Infantil

Firma y sello  
Institución

**DATOS DEL SOLICITANTE**

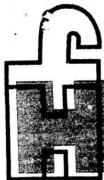
Apellido y Nombre: ... *Gonzalez Jose Antonio* .....  
 D.N.I.: ... *24761775* .....  
 Domicilio en: ... *Colon 1930 5ºN* .....  
 Localidad: ... *Mar Del Plata* .....  
 Parentesco: ... *Paciente* .....

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: ... *Gonzalez, Jose Antonio* .....  
 ACLARACION: ... *Gonzalez, Jose Antonio* .....

DNI 24761775



Nº 20911

## FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial

"Dr. Alfredo Pavlovsky"

Certifico que José Antonio González  
es paciente de este instituto de diagnóstico de .....  
Hemofilia B Serosa y registrado  
bajo Historia Clínica N° 575  
Se indica la cantidad de diez (10) envases  
de factor ix (x) por 1000 unidades.  
Motivo del pedido mejor detalle  
adjunto

otearme

Buenos Aires, 29-5-13

*J. M. C.*  
Dr. MIGUEL CANDELA  
Médico Hematólogo  
M.N. 87.135

CUIL 20-24761775-3  
DNI 24761775

Nº AF. 0085694.7003



## FUNDACION DE LA HEMOFILIA

**Instituto Asistencial**  
**"Dr. Alfredo Pavlovsky"**

Rp. José Anteiro González

6-4-13 Glomerulon rod. egg - 1000 FK  
10-4-13 Sangrado rectal 1000 FK  
19-4-13 Caut. bat. 1000 FK  
18-4-13 Glomerulon rod. egg - 2000 FK  
19-4-13 Caut. bck. 2000 FK  
5-5-13 Glomerulon bat. drenos 1000 FK  
25-5-13 Glomerulon rod. egg - 1000 FK  
26-5-13 Caut. bat. 1000 FK

  
Dr. MIGUEL CANDELA  
Médico Hematólogo  
M.N. 87.135

29-5-13

Soler 3485 C1425BWE Buenos Aires Tel./Fax: 4963-1755

F-31

VL 00856947003

**DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI**  
MEDICO HEMATOLOGO  
M. N. 66352

Rp. José A. González.  
Comunidades Costa IX  
alto riego doble muri-  
vación 1000 VI  
(parallel)

Octubre 1000  
 $\lambda = 10$  (1s).

D. Hemoglobina 3 gema  
Eritroitos numerosos

Anfayo

~~Dr. MARCOS COHEN KICHIC~~  
M.N. 52823  
MEDICO AUDITOR  
UNION PERSONAL

31/11/13

