

Informe Evaluación de Solicitudes de Medicamentos de Alto Costo

Fecha de solicitud

PACIENTE..... DNI.....

TELEFONO..... MAIL.....

DIAGNOSTICO.....

FECHA DE DIAGNÓSTICO.....

ENFERMEDAD.....ESTADÍO:.....

Solicitud de Droga (exclusivamente nombre de genérico):

.....

FORMA FARMACEUTICA:

DOSIS:.....

TIEMPO ESTIMADO POR PROTOCOLO TERAPEUTICO (ADJUNTAR GUÍA DE PRACTICA CLINICA)

.....

1) Seguridad: Describir los efectos colaterales y riesgos de su uso

.....

2) Eficacia: Adjuntar GUIA DE PRACTICA CLINICA que muestren :

a) Impacto en reducción de mortalidad

.....

b) Impacto en reducción de progresión de enfermedad

.....

3) Costo/Beneficio: Justificar Relación de costo con similar fármaco de igual eficacia

.....

4) Adecuación: Evaluar

a) Función Hepática:

b) Función Renal:.....

c) interacciones:.....

5) Oportunidad: Considerar el estadío del paciente respecto al protocolo utilizado

a) Describir beneficios esperados

.....

.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

Evolución de la Enfermedad desde el inicio de los síntomas:

.....

.....

.....

.....

Tratamientos Realizados y efectividad de los mismos: Fecha –drogas y resultados

.....

.....

.....

.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Adjuntar copia de los laboratorios y estudios Anátomo-patológicos que confirmen el diagnóstico y justifiquen el tratamiento solicitado.

Fecha: / /

Mail del prescriptor:.....

Tel. del profesional prescriptor.....

Firma:

ADJUNTAR GUIA DE PRACTICA CLINICA QUE AVALE EL TRATAMIENTO

ADJUNTAR PLANILLA DE CONFLICTO DE INTERÉS COMPLETADA Y FIRMADA

Informe Evaluación de Solicitudes de Medicamentos Oncológicos por parte de OSEF

Cumple con criterios diagnósticos	SI	NO
Presenta los estudios solicitados	SI	NO
Presenta GUIA de Práctica Clínica	SI	NO
Presenta Planilla de Conflicto de Interés	SI	NO

Aceptado:

Por: 1)Única Vez: 2)Para toda la vida: 3)Por:Meses 4)PorAños

En las situaciones 3 y 4 si la droga no es retirada por 60 días la solicitud es dada de baja y deberá iniciar nuevamente el trámite de solicitud de alto costo.

Rechazado:.....

.....

Fecha: / /

Firma y Fecha del Auditor Interviniente