

Colitis ulcerosa: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

- 1º. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología "COLITIS ULCEROSA -REQUISITOS, o retirarlos de las Agencias de Unión Personal y Accord Salud de todo el país. Si Ud. quiere conocer su delegación más cercana debe consultar la página web <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>
- 2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
 - **Adalimumab**
 - **Golimumab**
 - **Infliximab**Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.
- 3º. Por favor, comuníquese al médico reumatólogo que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
- 4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN COLITIS ULCEROSA 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.
- 5º. Su médico de cabecera de cartilla u hospital público debe 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. El médico debe ser especialista en **GASTROENTEROLOGÍA** y así debe constar en su sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.
- 6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Union 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.
- 7º. 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 la biopsia (anatomía patológica), endoscopia y/o de todos los estudios vinculados que su médico le ha realizado para el diagnóstico (ej: laboratorios de importancia, radiografías, cultivos, etc.).
 - Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
 - Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
 - Fotocopia de la credencial de afiliado.

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.

- 8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Union 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.
- 9º. 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

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN COLITIS ULCEROSA

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

Nombre y apellido del titular de la Obra Social:			DNI del titular:		
Número de afiliado del titular:					
Nombre y apellido del paciente:					
D.N.I. del paciente:			N° de afiliado del paciente:		
Parentesco con el titular:			Dos teléfonos de contacto:		
Plan:					
Domicilio:					
Correo electrónico de contacto:					
Fecha de nacimiento del paciente:			Sexo:		Edad:
Firma del solicitante		Aclaración de la firma		Fecha	

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DE CARTILLA O DE
HOSPITAL PÚBLICO TRATANTE- SOLO GASTROENTERÓLOGOS

Nombre y apellido del paciente:.....D.N.I.:.....

Resumen de historia clínica del paciente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 1: SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ O PRESENTA EL PACIENTE:		MARCAR CON UN CÍRCULO SEGÚN CORRESPONDA:	
DIARREA CON SANGRE		SI	NO
DOLOR ABDOMINAL		SI	NO
FIEBRE EN LOS BROTES		SI	NO
TENESMO RECTAL/ INCONTINENCIA/URGENCIA (en compromiso distal)		SI	NO
PÉRDIDA DE PESO O ANOREXIA		SI	NO
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES		SI	NO
¿Cuáles?			

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 2: Por favor, describa los resultados de la endoscopia:.....

.....

.....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 3: Por favor, describa los resultados de la anatomía patológica de alguna de las lesiones más características:

.....

.....

Otros hallazgos de relevancia (ej. laboratorio, tomografía, etc.):.....

.....

.....

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

Tratamientos previos	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

Si el paciente NO ha recibido otros tratamientos, por favor explique la razón:

.....

.....

.....

Medicación que solicita actualmente:

Nombre genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual:
Tiempo estimado de tratamiento:	Peso: Altura:

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. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....

.....

A continuación complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

- **Adalimumab**

Ud está indicando Adalimumab porque su paciente presenta... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Colitis ulcerosa activa moderada a grave con respuesta inadecuada al tratamiento convencional, incluyendo corticoesteroides y 6-MP o 5-ASA, o porque tiene intolerancia o tiene contraindicaciones médicas al empleo de los mismos.	SI	NO
---	----	----

- **Golimumab**

Ud está indicando Golimumab porque su paciente presenta... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Colitis ulcerosa activa moderada a grave con respuesta inadecuada al tratamiento convencional, incluyendo corticoesteroides y 6-MP o 5-ASA, o porque tiene intolerancia o tiene contraindicaciones médicas al empleo de los mismos.	SI	NO
---	----	----

- **Infliximab**

Ud está indicando Infliximab porque su paciente presenta... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Colitis ulcerosa activa moderada a grave con respuesta inadecuada al tratamiento convencional, incluyendo corticoesteroides y 6-MP o 5-ASA, o porque tiene intolerancia o tiene contraindicaciones médicas al empleo de los mismos.	SI	NO
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 (medicamento de excepción que se autoriza como vía de excepción para artritis reumatoidea):

☐ SE AUTORIZA
☐ NO SE AUTORIZA

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: