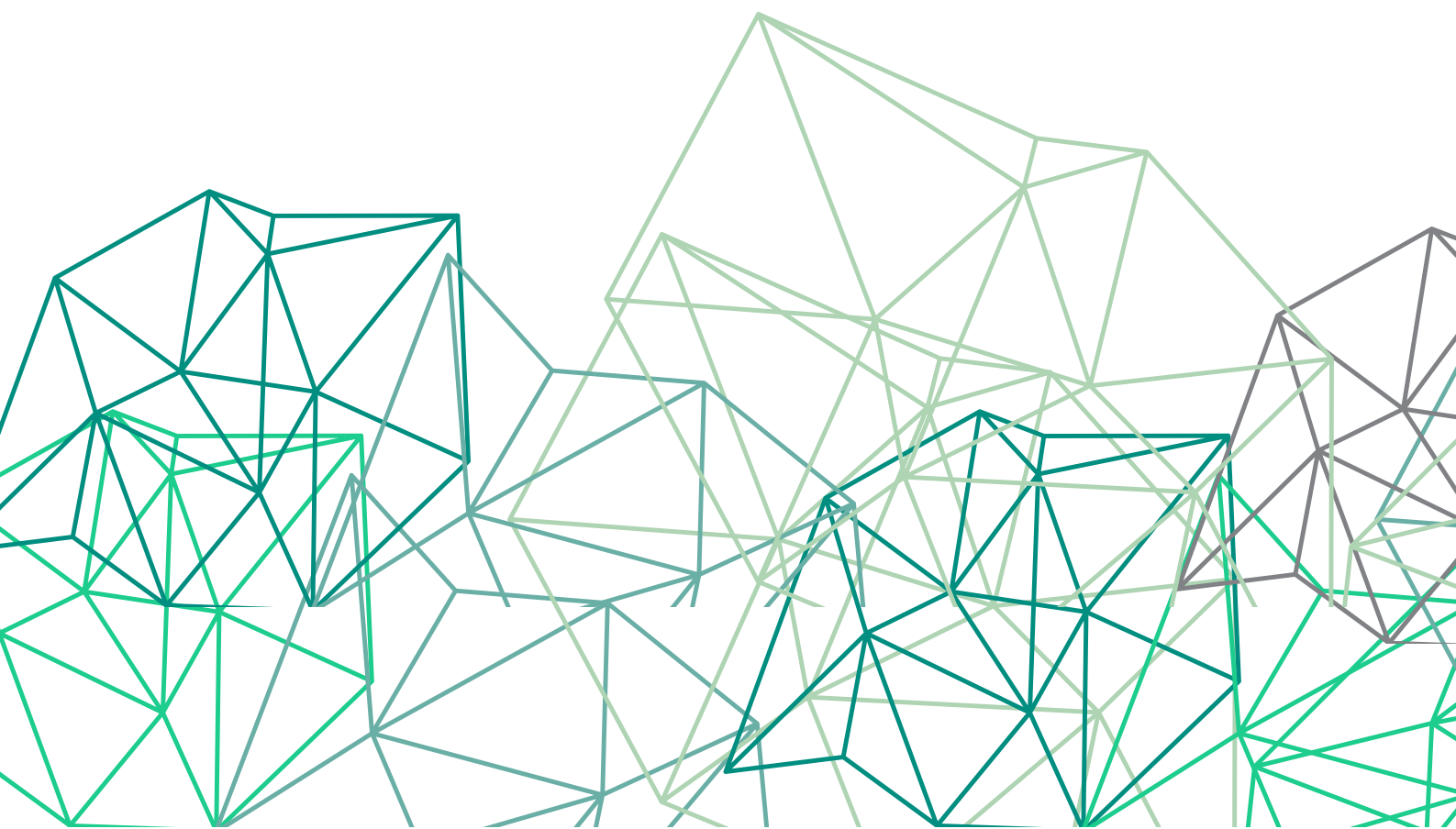


**PROTOCOLO
MEDICACIÓN
ESPECIAL E.M.**



REQUISITOS NECESARIOS PARA LA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Documentación a presentar:

1. Pedido médico (RP) que indique nombre genérico de la droga, especificando dosis/unidad con detalle del grado de concentración. Se puede sugerir marca comercial.
2. Resumen de Historia Clínica (formulario adjunto).
3. Resultado de Resonancia Magnética Nuclear (RNM) de sistema nervioso.
4. En caso de existir, Resultado de Electromiografía.
5. En caso de existir, resultado de estudio de líquido cefalorraquídeo por medio de punción lumbar.

Aspectos obligatorios a cumplimentar:

A. ¿Cuándo debo presentar la documentación completa?

Se presenta en tres momentos diferentes.

- Comienzo de tratamiento
- Continuidad de tratamiento: Se presenta en los meses de noviembre y abril.
- Cambio de esquema en la medicación: Esto incluye cuando se cambia de medicación o la dosis del actual medicamento.

B. ¿Cuánto tiempo requiere la gestión de mi pedido?

El tiempo estimado es de 10 días hábiles. En caso de cualquier novedad, nos vamos a estar comunicando por vía telefónica o mail. Existe la posibilidad de que se le requiera que aporte otros datos médicos que nos fueron explicitados en el listado de requisitos.

C. ¿Dónde debo presentarla?

- En nuestras oficinas de Atención personalizada
- Vía mail a recuperosur@metmedicinaprivada.com La documentación debe estar escaneada de forma legible y completa. No se aceptan fotos, imágenes cortadas y/o borrosas. En el **asunto** deberás escribir **MEDICACION ESCLEROSIS MULTIPLE.**

D. ¿Cómo es la cobertura?

El pedido será evaluado por medio de una auditoría médica para determinar la cobertura según normativa vigente del PMO. En caso de ser autorizado, recuerda que se brinda la droga solicitada y que la marca comercial puede no ser la sugerida en el pedido médico.

E. Una vez autorizada, ¿Cómo se brindaría la provisión de la medicación?

A través de un llamado, te informaremos los datos de la farmacia asignada. Recuerda llevar el pedido médico original. No te recibirán fotos

IMPORTANTE A TENER EN CUENTA:

Antes de presentar, controle tener todos los requisitos y que el formulario se encuentre con toda la información indicada, de lo contrario, el proceso de auditoría y posterior provisión se verán demorados.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por profesional NEUROLOGO solicitante.

Datos del afiliado		
Nombre completo:		
DNI:	Fecha de nac:	Edad:
Diagnóstico		Fecha de diagnóstico:

Datos del profesional solicitante	
Nombre completo	MP:
Especialidad Neurología	ME:

DETALLE DE CUADRO CLÍNICO

Debe fundamentarse e indicarse por estadio según criterios Mc Donald.

Firma médica	Sello médico
---------------------	---------------------

Formas de presentación

Indique con una X la opción correspondiente

SI/NO

Forma remitente Recidivante

Forma secundaria Progresiva clínicamente activa

Forma Primaria Progresiva

Forma primaria progresiva con recaídas

Tipo de evolución

Indique con una X la opción correspondiente

SI/NO

Aumento de recaídas al segundo año de tratamiento

Aumento en la velocidad de progresión

Aumento de lesiones nuevas Gadolinio captantes en RMN

Identificación de las lesiones según RMN

Indique con una X la opción correspondiente

SI/NO

Una lesión de Gadolinio captante o nueve hipotensas si no hay captación

Una o más lesiones infratentoriales

Una o más lesiones yuxtacorticales

Tres o más lesiones periventriculares (una lesión en médula espinal sustituye una lesión cerebral)

Evaluación clínica según tabla EDSS.

Se debe completar con números

Grado de discapacidad según Kurtzke (inicial)

Grado de discapacidad según Kurtzke (actual)

Firma médica

Sello médico

ESQUEMA TERAPEUTICO PREVIO

Drogas	Fecha de inicio	Fecha de suspensión	Motivo de discontinuidad
Copolímero			
Fingolimod			
Interferon Beta 1 A			
Interferon Beta 1 B			
Teriflunomida			
Natalizumab			
Dimetil Fumerato			
Cladribina			
Peginterferon beta 1 A			
Alemtuzumab			
Ocrelizumab			
Otro:			

Tratamiento / medicación solicitada

Fecha de inicio:	Ciclos / periodos estimados:	
Drogas genéricas	Dosis diaria	Modo de tratamiento

Firma médica**Sello médico**