

REQUISITOS NECESARIOS PARA LA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN POR CÁNCER DE COLON.

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. Informe de anatomía patológica.
4. Resultado de laboratorio de marcados tumorales.
5. Resultados de los siguientes estudios complementarios que tenga realizados Laboratorios, ecografía, Resonancia magnética nuclear (RNM), Tomografía axial computarizada (TAC), tomografía de emisión de positrones (PET), Centellograma y colonoscopia.

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 **diciembre y mayo**.
- 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 CA COLON**

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

MPORTANTE 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.

El expediente original debe quedar en poder de afiliado.

Resumen de historia clínica

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

Datos del afiliado		
Nombre completo:		
DNI:	Fecha de nac:	Edad:
Diagnóstico:		Fecha de diagnóstico: <i>Colocar día, mes y año</i>/...../.....

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

Fundamento terapéutico

Marque con una X la opción correspondiente.

Carcinoma colonorrectal (CCR) localmente avanzado	
Carcinoma colonorrectal (CCR) metastásico	
En Monoterapia	
En combinación con quimioterapia citotóxica convencional clínicamente probada	

Fundamento terapéutico específico
--

Marque con una X la opción correspondiente.

RAS		BRAF		MMR		MSI	
Otro marcador tumoral:							

Estado inicial

Marque con una X según corresponda

I		II		III		IV	
----------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--

Estado actual

Marque con una X según corresponda.

I		II		III		IV	
----------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--

Coloque la fecha según corresponda:

Fecha de última recaída: / /
Fecha de última progresión: / /

Firma medica:	Sello médico:
----------------------	----------------------

Metástasis

Coloque una X según corresponda

Sin Metástasis		Hígado		Pulmón	
Sistema nervioso central		Ganglionar		Óseo	
Serosas		Otros:			

Puntaje según escala ECOG

Coloque los valores

Puntaje según escala ECOG INICIAL	
Puntaje según escala ECOG ACTUAL	

Esquema terapéutico previo

Marque con una X según corresponda

Sin tratamiento previo	
Folfox	
Capeox	
Folfiri	
Folfoxiri	
5-FU/LV	
Monoterapia (Capecitabina, fluoropirimidinas)	

En caso de corresponder colocar fecha con día, mes y año

Radioterapia/...../.....
Cirugía/...../.....
Otro:/...../.....

En caso de discontinuidad o cambio de tratamiento de otra medicación distinta a la antes mencionada detallar fecha de finalización de tratamiento y motivo de discontinuidad:

Detalle de cuadro clínico, antecedentes, estado actual y estatus funcional.
--

Firma medica:	Sello médico:

ESQUEMA DE TRATAMIENTO/MEDICACION SOLICITADA

Estrategia - Línea terapéutica

Marque con una X según corresponda

Adyuvancia-Neoadyuvancia	<input type="checkbox"/>	Segunda línea estadio avanzado	<input type="checkbox"/>
Primera línea estadio avanzado	<input type="checkbox"/>	Tercera línea estadio avanzado	<input type="checkbox"/>

Tratamiento / medicación solicitada

Completar el siguiente cuadro

Fecha de inicio:	Ciclos / periodos estimados:	
Drogas genéricas (no marca comercial)	Dosis diaria	Modo de tratamiento

Justificación médica del uso de la medicación específica para el tratamiento solicitado

Detallar Esquema de quimioterapia concomitante

Firma medica:	Sello médico: