

# REQUISITOS NECESARIOS PARA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ESPECIAL PARA CÁNCER DE RIÑÓN.

## 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. Protocolo y resumen de Historia Clínica (formulario adjunto).
3. Informe de anatomía patológica.
4. En caso de corresponder, imágenes de estudios complementarios. Tomografía Axial Computada (TAC), Resonancia magnética Nuclear (RNM), Tomografía por emisión de positrones (PET), centellograma y/o 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 debe presentar nuevamente de forma semestral. Nos comunicaremos con anticipación para notificarle el mes de presentación.
- 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](mailto: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 RIÑON y DNI del paciente.**

### 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 que todos los campos de color gris, sean completados por su médico y enviar todos los resultados de estudios correspondientes, 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:
<b>Especialidad ONCOLOGIA</b>	ME:

**Metástasis**

*Coloque una X según corresponda*

Sin Metástasis	<input type="checkbox"/>	Hígado	<input type="checkbox"/>	Pulmón	<input type="checkbox"/>
Sistema nervioso central	<input type="checkbox"/>	Ganglionar	<input type="checkbox"/>	Óseo	<input type="checkbox"/>
Serosas	<input type="checkbox"/>	Estadio localmente avanzado sin metástasis			<input type="checkbox"/>
Recidiva en sitio de primario	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

*Coloque la fecha según corresponda:*

<b>Fecha de última recaída:</b> ..... / ..... / .....	<b>Fecha de última progresión:</b> ..... / ..... / .....
---	--

**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"/>

**Puntaje según escala ECOG**

*Coloque los valores*

<b>Puntaje según escala ECOG INICIAL:</b>	<b>Puntaje según escala ECOG ACTUAL:</b>
---	--

**Estado actual**

*Marque con una X según corresponda*

<b>I</b>	<input type="checkbox"/>	<b>II</b>	<input type="checkbox"/>	<b>III</b>	<input type="checkbox"/>	<b>IV</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------

**Estado**

*Marque con una X según corresponda.*

<b>I</b>	<input type="checkbox"/>	<b>II</b>	<input type="checkbox"/>	<b>III</b>	<input type="checkbox"/>	<b>IV</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------

<b>Firma medica:</b>	<b>Sello médico:</b>
----------------------	----------------------

**Esquema de quimioterapia concomitante**

Marque con una X según corresponda

Monoterapia		Otro esquema	
-------------	--	--------------	--

En caso de que haya seleccionado la opción otro esquema, por favor, describa a continuación:


**Esquema terapéutico previo**

Marque con una X según corresponda

Avelumab		Axitinib		Bevacizumab		Cabozantinib	
Cirugía		Everolimus		Interferón		Interleukina	
Lenvatinib		Nivolumab		Pazopanib		Pembrolizumab	
Radioterapia		Sorafenib		Sunitinib		Temsirolimus	
Sin tratamiento previo							

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO/MEDICACION SOLICITADA**

**Tratamiento / medicación solicitada**

Completar el siguiente cuadro

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

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


<b>Firma medica:</b>	<b>Sello médico:</b>
----------------------	----------------------