

REQUISITOS NECESARIOS PARA PROVISIÓN DE HORMONA DE CRECIMIENTO.

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. Copia de tabla de crecimiento pondoestatural.
4. Copia de gráfico de velocidad de crecimiento.
5. Copia de informe firmado por radiólogo que indique edad ósea.
6. Resultado de laboratorio de nivel sérico de hormona de crecimiento.
7. En caso de corresponder, resultado de estudio genético.
8. Copias de resultados de estudios complementarios que justifiquen el diagnóstico

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 HORMONA DE CRECIMIENTO.**

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.

El expediente original debe quedar en poder de afiliado.

PROTOCOLO DE PROVISIÓN PARA TRATAMIENTO DE HORMONA DE CRECIMIENTO

Nombre y apellido de profesional tratante	Especialidad médica:	MP:
--	-----------------------------	------------

Fecha de diagnóstico de la patología:	Fecha de inicio de patología:
--	--------------------------------------

Apellido y Nombre del beneficiario:			DNI:	
Edad cronológica:	Edad ósea:	Peso actual:	Puntaje Z:	
Talla sentada cm:	Talle pie cm:	Cálculo de la velocidad de estatura:		
Estadio de Tanner actual:		Cálculo de blanco genético:		
TSH (Uu/ml):	T4L (ng/dl):	IGF-1 (ng/ml):	IGFBP 3 (ng/ml):	
Anticuerpo Antitransglutaminasa:				
Test de GH con arginina:	Basal 30 min:	60 min:	90 min:	120 min:
Nivel sérico de hormona de crecimiento:	Colesterol total:	HB Glucosilada:	HB:	Calcemia:

Marque con (X) según corresponda	SI	NO
Crecimiento armónico		
Enfermedad crónica sistémica		
Displasia ósea		
Diabetes insuficientemente tratada		
Patología asociada al retraso de crecimiento (sin contar deficit clásico de HC)		
Certificación de presencia o ausencia de Patología Concomitante		
Estudio Genético Prader Willi y/o Turner (adjuntar informe)		
RMN de cerebro y/o Silla Turca (adjuntar informe)		

Datos de progenitores (completar con datos)		
Progenitor	Talla	Edad puberal
Padre		
Madre		

DOSIS INDICADA

(Calculada en función del peso o en función de la superficie corporal) Mg/Kg./Día Mg/M2 SC/día: 0,025-0,035 0,7-1,0)

Dosis diaria:	Cantidad Mg mensual:	Cantidad Mg Semestral:
Nombre de droga genérico:		

Fecha de inicio:	Fecha de culminación:
-------------------------	------------------------------

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

FUNDAMENTO TERAPEUTICO:

DETALLE DE CUADRO CLINICO:



ESQUEMA TERAPEUTICO **PREVIO** (Con detalle de drogas Utilizadas, dosis, tiempo y respuesta)

JUSTIFICACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION ESPECIFICA PARA EL TRATAMIENTO SOLICITADO

Firma médica:

Sello médico: