

***Enfermedad de Crohn: ¿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 los archivos de la patología “ENFERMEDAD DE CROHN”, o retirarlo en las delegaciones de Unión Personal y Accord Salud para el interior del 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**
  - **CERTOLIZUMAB PEGOL**
  - **INFLIXIMAB**Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico. Por favor, comuníquelo al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
- 3º. Por favor, comuníquelo al médico 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 ENFERMEDAD DE CROHN** 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 Unión 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.
- 7º. Documentación que debe presentar o remitir vía mail:
  - 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.

**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 Unión 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.

**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**

- 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.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN**

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

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

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.:.....

<p><b>Resumen de historia clínica del paciente</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 1: SÍNTOMAS/SIGNOS QUE PRESENTÓ O PRESENTA EL PACIENTE (el paciente debe haber presentado al menos 2 de las siguientes):		MARCAR CON UN CÍRCULO SEGÚN CORRESPONDA:
LESIÓN DIGESTIVA ALTA	SI	NO
LESIÓN ANAL	SI	NO
DISTRIBUCIÓN SEGMENTARIA	SI	NO
LESIÓN TRANSMURAL	SI	NO
FISURA ANAL	SI	NO
ABSCESO	SI	NO
FÍSTULA	SI	NO
ESTENOSIS	SI	NO

**FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 2:** Por favor, describa la endoscopia (si dispone de la misma):

.....  
 .....

**FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 3:** Por favor, describa los resultados de la anatomía patológica de alguna de las lesiones más características (granulomas/ infiltrados linfoides, etc.):

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

**FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO 4:** Por favor, describa el resultado del tránsito intestinal radiológico (si dispone del mismo):

.....  
 .....

**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 es... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Un adulto o niño mayor a 6 años de edad con enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.	SI	NO
---	----	----

- **Certolizumab pegol**

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

Un adulto o niño mayor a 6 años de edad con enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.	SI	NO
---	----	----

- **Infliximab**

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

Un paciente adulto o niño mayor a 6 años de edad con enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional, incluyendo corticoesteroides y 6-MP o 5-ASA o porque presenta una enfermedad activa, fistulizante, moderada a grave que responde inadecuadamente al tratamiento convencional, incluyendo antibioticoterapia, drenaje e inmunosupresores, o que presenta intolerancia o tienen contraindicaciones médicas al empleo de los mismos	SI	NO
---	----	----

<b>Firma del médico</b>	<b>Sello</b>	<b>Fecha</b>
<b>Sello de la Institución</b>		<b>Teléfono de contacto</b>

**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):**

<input type="checkbox"/> SE AUTORIZA <input type="checkbox"/> NO SE AUTORIZA
---

**Fecha:...../...../.....**

<b>Firma del médico AUDITOR</b>	<b>Sello</b>	<b>Teléfono /Interno UP</b>
---------------------------------	--------------	-----------------------------

### 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 los .....días del mes de .....de 20.....

Firma: .....  
(Paciente/Representante legal)

Aclaración:

Firma: .....  
(Médico)

Sello: