

**Medicación inmunosupresora para trasplante: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?**

- 1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología **"MEDICACIÓN INMUNOSUPRESORA PARA TRASPLANTE"**, 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:  
**AZATIOPRINA – CICLOSPORINA – MICOFENOLATO – SIROLIMUS TACROLIMUS - EVEROLIMUS –  
TIMOGLOBULINA – INMUNOCLOBULIAN HUMANA INESPECIFICA ENDOVENOSA**
- 3º. Complete con TODOS los datos solicitados la primera sección del **FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES PARA TRASPLANTE**. Firme al terminar la sección A.
- 4º. Luego, complete con su **médico** la **sección B** del formulario y el consentimiento informado. Su médico debe firmar y sellar el formulario y el consentimiento en los lugares correspondientes.
- 5º. Por favor, además tramite con su médico **la/s receta/s** de los medicamentos inmunosupresores en recetarios separados del resto de la medicación. Mencione al médico que la receta de los medicamentos (además de contener los datos habituales: Nombre, Apellido, afiliado y plan) deberán constar el D.N.I. y diagnóstico.
  - a. Excepto en planes abiertos, los médicos que prescriben deben ser de cartilla o de hospital público.
  - b. La **sección C** es de exclusivo uso interno de auditoría. No escriba en esta sección, por favor.
- 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 la primera vez, si se tiene algún cambio de la medicación y semestralmente:
  - Formulario original completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
  - Copia de los estudios que justifiquen cambios o nuevos pedidos.
  - Copia de la receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
  - Certificado de trasplante.
  - Recibos de pago de **monotributo** de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
  - Fotocopia de la credencial de afiliado.

**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.
- 9º. Para **renovar el pedido y continuar con el tratamiento**, Ud. debe repetir el mismo procedimiento cada 6 meses (del 1º semestre: 1º de enero al 30 de junio y el 2º semestre: de 1º de julio al 30 de diciembre). Si ocurren cambios de prescripción ya sea en DOSIS o en TIPO de INMUNOSUPRESOR, se debe realizar el mismo trámite independientemente que ya se haya realizado la renovación correspondiente al mismo semestre.

**EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA/S RECETA/S ORIGINAL/ES DE LOS MEDICAMENTOS, DEBEN QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DE LOS MISMOS.**

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES POR TRASPLANTE

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

Nombre y apellido del titular de la Obra		
Social:		
DNI del titular:		
Número de afiliado del paciente:		
CUIT del paciente:		
Plan:	Dos teléfonos de contacto:	
Domicilio:		
Correo electrónico de contacto:		
Firma del solicitante	Aclaración de la firma	Fecha

**SECCIÓN B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE**

Nombre y apellido del paciente		
D.N.I. del paciente:	N° de afiliado del paciente:	
Fecha de nacimiento del paciente:	Sexo:	Edad:
ORGANO TRASPLANTADO		
MES Y AÑO DEL TRASPLANTE		

### ANTECEDENTES ACTUALES Y CO-MORBILIDADES

--

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA QUE MOTIVÓ EL TRASPLANTE

### ¿TUVO COMPLICACIONES POST TRASPLANTE?

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, RESUMA BREVEMENTE LA SITUACIÓN.

### TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES PREVIOS. POR FAVOR, DESCRIBA LA RESPUESTA A LOS MISMOS

### TRATAMIENTO ACTUAL PROPUESTO (ya sea continuidad o nuevo medicamento):

Inmunosupresor (marque con una tilde)	Nuevo tratamient o	Dosis y frecuencia de toma
<input type="checkbox"/> Corticoides	SI / NO	¿Cuál? Dosis y frecuencia:
<input type="checkbox"/> Azatioprina	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Ciclosporina	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Micofenolato	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Belatacept	SI / NO	

<input type="checkbox"/> Sirolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Tacrolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Everolimus	SI / NO	
<input type="checkbox"/> Otro	SI / NO	
.....		
<input type="checkbox"/> Otro	SI / NO	
.....		
<input type="checkbox"/> Otro	SI / NO	
.....		

**POR FAVOR, LLENAR ESTE RECUADRO EN CASO DE RECHAZO AGUDO VASCULAR**

TRATAMIENTO: **INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA**

DOSIS DIARIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

**POR FAVOR, LLENAR ESTE RECUADRO EN CASO DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INJERTO**

**CONTRA HUESPED AGUDA CORTICORRESISTENTE**

TRATAMIENTO: **TIMOGLOBULINA (INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITO HUMANA)**

DOSIS DIARIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

Firma del médico	Sello	Fecha
Sello de la Institución		Teléfono de contacto

**SECCIÓN C : ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA AL MÉDICO AUDITOR DE UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD**

Detallar las observaciones de auditoría:
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SE AUTORIZA  <input type="checkbox"/> NO SE AUTORIZA         </div>
RNOS : 1-2570-7

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

Firma del médico AUDITOR	Sello	Teléfono /Interno UP
--------------------------	-------	----------------------

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

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):.....

#### **DIGO :**

Que el Dr/a. .... MN..... especialista en  
....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con los  
siguientes medicamentos inmunosupresores (indicar nombres genéricos sin dosis):

.....  
.....

..... para el trasplante de ..... realizado en el año:.....

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 indicada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual tengo una copia.

En ..... a los ..... días del mes de ..... de 20.....

Firma: .....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

(Médico)

Aclaración:

Sello