

### ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?

1. Primero debe descargar de la página web el los archivos de la enfermedad "ESCLEROSIS MÚLTIPLE". Los mismos también están disponibles en las Agencias de Atención de Unión Personal y Accord Salud para el interior del país <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>
2. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
  - Copolímero (Glatiramer Acetato)
  - Interferón beta 1b
  - Fingolimod
  - Teriflunomida
  - Interferón beta 1aSi no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.
3. Por favor, comuníquese al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
4. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE 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.
5. Su médico de cabecera de cartilla u hospital público especialista en NEUROLOGÍA 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. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. El médico también debe explicarle las implicancias de este medicamento y firmar el consentimiento informado con el afiliado afectado o su tutor.
6. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Union 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.
7. **Documentación que debe presentar:**
  - 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 los estudios que fundamenten el diagnóstico o descarten otras enfermedades (ej. resonancia magnética, el laboratorio, el líquido cefalorraquídeo, potenciales evocados, electromiograma, etc.)
  - Receta médica del medicamento (copia), 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 de afiliado
8. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Union 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.

**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.**

9. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**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**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ESCLEROSIS  
MÚLTIPLE**

<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>Dos teléfonos de contacto:</b>	
<b>Plan:</b>		
<b>Domicilio:</b>		
<b>Correo electrónico de contacto:</b>		
<b>Fecha de nacimiento del paciente:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Edad:</b>

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

<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 ESPECIALISTA EN  
NEUROLOGÍA DE CARTILLA O DE HOSPITAL PÚBLICO

Nombre y apellido del paciente:.....D.N.I.:.....

**Resumen de historia clínica del paciente (brotes, remisiones, año del episodio, complicaciones)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Exámen neurológico actual (datos positivos solamente):

.....

.....

.....

.....

**Fundamento diagnóstico:**

Por favor, marque con un círculo la opción que mejor representa los síntomas o signos que el paciente haya presentado a lo largo de su enfermedad motivando y sosteniendo el diagnóstico (pueden ser varias opciones) :

- a) Al menos 2 ataques clínicos evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo.
- b) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC;
- c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico
- d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM. Se necesita demostrar los criterios de EM descritos anteriormente.

Por favor, describa la resonancia magnética de encéfalo y/o columna más representativa	
Fecha:.....	
Laboratorio (datos que excluyen otra enfermedad)	Líquido cefalorraquídeo
Fecha:.....	Fecha:.....
Otros estudios (potenciales evocados, electromiograma, etc.) . Agregar fecha de los mismos.	

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamiento previo	Dosis	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

**Medicación que solicita actualmente:**

<b>Nombre genérico:</b>	<b>Presentación:</b>
<b>Dosis diaria:</b>	<b>Dosis mensual:</b>
<b>Tiempo estimado de tratamiento:</b>	<b>Peso:</b> <b>Altura:</b>

**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:**

- Copolímero (Glatiramer Acetato)**

Ud está indicando Copolímero porque es (Glatiramer Acetato) (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Un paciente que han experimentado un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida// o es un paciente con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.	SI	NO
---	----	----

- Fingolimod**

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

Pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta// o es un paciente con Esclerosis Múltiple remitente recurrente grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realzadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.	SI	NO
--	----	----

- **Interferon beta 1a**

Ud está indicando Interferon beta 1a porque su paciente presenta los siguientes criterios ...(marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Forma remitente recidivante o pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, excluyendo diagnósticos alternativos y con riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente	SI	NO
---	----	----

- **Interferon beta 1b**

Ud está indicando Interferon beta 1b porque presenta alguno de los siguientes criterios... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años o forma secundaria progresiva clínicamente activa// o es un pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, excluyendo diagnósticos alternativos y con un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.	SI	NO
--	----	----

- **Teriflunomida**

Ud está indicando Teriflunomida porque el paciente presenta una enfermedad ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

---remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años.	SI	NO
--	----	----

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

**Detallar las observaciones de auditoría (medicamento de excepción que se autoriza como vía de excepción para artritis reumatoidea):**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

SE AUTORIZA  
 NO SE AUTORIZA

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

<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 Nº 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: