

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN PARA MACULOPATÍA (RANIBIZUMAB)

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

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

Fundamentación diagnóstica

Indique las manifestaciones correspondientes

- Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascular exudativa
- Compromiso visual por edema macular diabético
- Pérdida de visión por edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVRR u OVR central)
- Alteración visual debida a la neovascularización coroidea (NVC) secundaria a la miopía patológica (MP)

Resumen de Historia Clínica

	Fecha:	Resultado:
Agudeza visual		OI:
		OD:
Fondo de ojo		OI:
		OD:
Realizo OCT		OI:
		OD:
Retinofluoresceinografía		OI:
		OD:

Tratamiento Indicado

- Ranibizumab

	OI	OD
Aplicación Nro		
Aplicaciones Programadas		

Adjuntar a la presente: Consentimiento informado, examen de fondo de ojo, informe de Tomografía de coherencia óptica, informe de Retinofluoresceinografía o nota en su reemplazo.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel: _____ **Firma y Sello:**

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN PARA MACULOPATÍA (RANIBIZUMAB)

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia dependiendo que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**.
El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de maculopatía.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Fondo de ojo, Retinofluoresceinografía (RFG), Tomografía de coherencia óptica (OCT).
- Consentimiento Informado.

CONTINUACIÓN

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**.
- Protocolo de maculopatía.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoria Médica.**