Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL / TORÁCICA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

- ☐ Imposibilidad de realizar cirugía a cielo abierto
- ☐ Infarto de miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos.
- ☐ Angina inestable (CF III o IV).
- ☐ Arritmias significativas:
  - ☐ Bloqueo AV de alto grado
  - ☐ Arritmias ventriculares sintomáticas
  - ☐ Arritmias supraventriculares con ritmo ventricular no controlado.
- ☐ Enfermedad valvular severa.
- ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC con FEV1 < 35% del valor de referencia, PaO2 < 60 mm Hg o PaCO2 > 45 mm Hg).
- ☐ Riñón en herradura (no para AAT).
- ☐ Insuficiencia renal crónica en plan de diálisis.
- ☐ Insuficiencia hepática.
- ☐ Trasplante de órganos.
- ☐ Abdomen Hostil (antecedentes de cirugías abdominales, eventraciones, colostomías, ileostomías, etc. y/o abdomen irradiado).
- ☐ Tórax Hostil (antecedente de cirugía) o irradiado.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Detallar antecedentes, ampliar fundamentos diagnóstico y fundamento del uso de la tecnología requerida, tratamientos previos recibidos, etc)

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL / TORÁCICA

INDICACIÓN MÉDICA (Pedido de insumos para la resolución de la patología)

INSTITUCIÓN Y FECHA POSIBLE DE PRÁCTICA

Apellido y Nombre:_____

Matrícula nacional N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____

Mail:_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

INSTRUCTIVO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL / TORÁCICA

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa su pedido médico deberá cumplir con los siguientes requisitos:

• Protocolo Aneurisma de Aorta Abdominal / Torácica original o en copia, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.

• Prescripción médica original/copia. 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.

• Copia de informe de estudios avalatorios de la patología.

• En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente.

• Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

• En caso de realizar la solicitud via mail, deberá conservar los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

• La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____