PROTOCOLO DOLOR CRÓNICO INTRATABLE: NEUROESTIMULADOR ESPINAL

Un aporte bien hecho

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

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

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

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

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

☐ Dolor Neuropático Crónico

- ☐ Presenta dolor durante tiempo establecido (detallar en RHC)

  Refractario a por lo menos cuatro (4) fármacos para el dolor neuropático (detallar en RHC)

  - ☐ Sin contraindicaciones
  - ☐ Durante un tiempo no menor a tres 3 meses
  - ☐ Sin disminución del dolor más del 30%
  - ☐ Persistencia del dolor intensidad mayor a 5 (escala de 0 a 10) generando una mala calidad de vida.

☐ Dolor Lumbar

- ☐ Presenta dolor por al menos seis (6) meses
- ☐ Paciente que ha recibido varias cirugías (detallar en RHC)
- ☐ Aracnoiditis adhesivas
- ☐ Síndrome de la Cola de Caballo.

☐ Síndrome postlaminectomía.

☐ Síndrome de columna fallida.

☐ Síndrome doloroso regional complejo (SDRC) tipo I o tipo II.

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 DOLOR CRÓNICO INTRATABLE: NEUROESTIMULADOR ESPINAL

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 DOLOR CRÓNICO INTRATABLE: NEUROESTIMULADOR ESPINAL

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

• Protocolo Dolor Crónico Intratable: Neuroestimulador Espinal 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 vía 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:_____