PROTOCOLO COLITIS ULCEROSA

Un aporte bien hecho

VIGENCIA **ENERO 2024**

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

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

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

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

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

- ☐ Diarrea con sangre.
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Fiebre en los brotes severos y extensos,
- ☐ Tenesmo rectal
- ☐ Urgencia o incontinencia fecal
- ☐ Colonoscopía: _____
- ☐ Anatomía patológica confirmatoria ...../..... /.....
- ☐ Pérdida de peso y/o anorexia
- ☐ Manifestaciones extraintestinales (detallar)

_____

_____

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

☐ Colitis ulcerosa activa, moderada a grave, en pacientes que respondieron inadecuadamente al tratamiento convencional o que presentan intolerancia o tienen contraindicaciones médicas al empleo de estos

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Mesalazina				Golimumab			
Corticoides				Ustekinumab			
Mercaptopurina				Vedolizumab			
Metotrexato				Tofacitinib			
Adalimumab				Otro			
Infliximab				Otro			

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional y fundamentos terapéuticos del tratamiento indicado)

☐ Score de Mayo de Inicio: _____ ☐ Score de Mayo actual:_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO COLITIS ULCEROSA

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

INICIO

• Protocolo Colitis Ulcerosa, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).

• Prescripción médica de la medicación en 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.

• Consentimiento informado.

• Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.

- Colonoscopía.
- Biopsia en caso haber realizado.
- Laboratorio completo.
- Estudio por imágenes.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

• Protocolo Colitis Ulcerosa original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).

• Actualización de estudios.

• Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO

• Protocolo Colitis Ulcerosa original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).

• Prescripción médica de la medicación en 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.

• Actualización de estudios.

• Consentimiento informado.

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.

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____

OSPOCE
Un aporte bien hecho

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____
_____

TRATAMIENTO: _____
_____

MEDICACIÓN: _____
_____

Asimsimo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de ..... .

Firma del Médico Responsable	Aclaración	Tipo y N° de Matrícula
Firma del Paciente o Representante Legal	Aclaración / Sigla	D.N.I.