

# Aliados

## ¿Cómo tramitar un *medicamento de alto costo* a través del Ministerio de Salud DADSE?

Si su paciente no posee cobertura médica, podrá solicitar su medicamento a través de DADSE (Ministerio de Salud).



**sanofi**



## 1. Receta *que indique:*

- Nombre del paciente.
- Nombre de medicación solicitada.
- Dosis, cantidad solicitada para seis meses de tratamiento, diagnóstico y fecha, DNI del paciente
- La receta debe especificar que se trata de un tratamiento prolongado.

Nombre y Apellido  
.....

Obra Social  
N° Afiliado  
.....

Rp./

Dupixent® 300 mg  
Jeringas prellenadas x2  
6 = seis cajas\*

*DX: Rinosinusitis crónica con poliposis  
nasal severa/grave no Controlada*

Fecha  
.....

Firma y sello  
.....

## ¿Cómo completar la dosis?

Ingrese [aquí](#)





## 2. Resumen de historial clínica:

Incluir actualidad y antecedentes de paciente con la patología, cirugías y fecha de las mismas. Especificar comorbilidades en caso de tenerlas.

A continuación podrá descargar un modelo de resumen de historia clínica.

Ingrese [aquí](#) **N-Pass**



## 3. Estudios médicos:

- Desde la cobertura de salud, le solicitarán a su paciente presentar estudios relacionados a su patología.



### Poliposis Nasal

- Tomografía de senos paranasales.
- Hemograma (con IgE total y Eosinófilos).
- Estudios de comorbilidades.
- Cuestionario Snot 22.

Descargue el formulario Snot 22 [aquí](#)



## **4. Formulario de solicitud de medicamentos de Ministerio:**

Podrá descargar el formulario en el [aquí](#)

Dicho formulario debe incluir:

- \*Firma y sello del profesional
- \*Firma y sello del Director del hospital
- \*Sello del hospital.





Aquí le dejaremos un ejemplo de formulario completo  
Página 1

**Solicitud de medicamentos**  
Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Salud de la Nación

**AL MÉDICO PRESCRIPTOR**

(1) Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara.  
 (2) El criterio general de aprobación de las solicitudes se basa en los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicine Agency (EMA), para las indicaciones precisadas en cada caso.  
 (3) Se puede programar más de 1 ciclo de tratamiento y hasta 6 meses en un solo pedido.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO: .....  
 EDAD: ..... SEXO: .....  
 DOMICILIO: .....  
 LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....  
 TELÉFONO: .....  
 DIAGNÓSTICO: .....  
 N° DE CICLO: .....  
 ALTURA: ..... PESO: ..... SUPERFICIE CORPORAL: .....

**DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR**

NOMBRE Y APELLIDO: .....  
 ESPECIALIDAD: .....  
 TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (incluir prefijo): .....

**DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN EFECTUADA**

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (incluir estado e inmunohistoquímica).....  
 .....  
 .....

ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE:

Deterioro Cognitivo: .....  
 Insuficiencia Respiratoria: .....  
 Insuficiencia Cardíaca: .....  
 Insuficiencia Renal Crónica: .....  
 Hepatopatías: .....  
 CFR: .....

Incluir la leyenda:  
“Se adjunta historia clínica”

NO es necesario completar

A

B





### Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Salud de la Nación

**Aclarar:**

AMBULANTE	SEMI-AMBULANTE	NO AMBULANTE
<b>C</b>		

**TERAPIA/S PREVIA/S:**

Cirugía:  
 Quimioterapia:  
 Hormonoterapia:  
 Inmunoterapia:  
 Radioterapia:  
 Diálisis:

**D**

**TIPO DE TERAPIA**

Marcar el tipo de terapia que corresponda:

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1° LINEA	2° LINEA	3° LINEA

**TERAPIA/S PREVIA/S:**

Cirugía:	Fecha:
Quimio:	Fecha:
Hormo:	Fecha:
Inmunot:	Fecha:
Radioterapia:	Fecha:
Diálisis:	Fecha:

**E**

FECHA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTERIOR: .....

.....

.....

.....

.....

Marcar esta opción

NO es necesario completar

(En caso de tener cirugías incluirlo en el resumen de historia clínica)

Tachar e incluir la leyenda: "Se adjunta historia clínica"



### Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud | Ministerio de Salud de la Nación

#### ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO

Completar por ciclo si es diferente:

Número total de ciclos: **6 ciclos mensual prolongado**  
Frecuencia de los ciclos:  
Tiempo de tratamiento:

Fecha programada de inicio de tratamiento: ...../...../.....

MEDICAMENTOS (incluir sólo con nombre genérico): .....

**Dupilumab 300 mg. Caja con 2 jeringas prellenadas (subcutánea)**

Dosis/m2 o Kg Dosis total por ciclo..... Días de admin..... Intervalo.....

Aclarar número de envases que necesita por ciclo, por medicamento y vía de suministro.

- 1) **Dosis de inicio: 2 cajas con 2 jeringas prellenadas cada una (mes)**
- 2) **Dosis mantenimiento: 1 caja con 2 jeringas prellenadas por mes**
- 3) **Total de cajas: 7 cajas para 6 ciclos de tratamiento**
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

Entidad: **Nombre de hospital de atención** .....

Firma, Apellido y Nombre del Director de la Entidad: .....

Firma y sello del Director: **G**

Firma y sello del prescriptor: **I**

Fecha de prescripción: .....

Sr. Profesional: Esta solicitud debe presentarse al inicio del tratamiento, en la reevaluación y ante un cambio de dosis o medicación. Recuerde reevaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo, según corresponda a la patología del paciente.



(Aclaración: adaptar el esquema terapéutico que corresponda)

Importante incluir:  
- Firma y sello del médico prescriptor  
- Firma y sello del Director del Hospital  
- Sello del hospital

Importante: debe ser la misma fecha de la receta y la historia clínica





# Aliados



Si su paciente necesita orientación con el pedido de medicación, no dude en contactarlo con nuestro programa de pacientes:

**0800-345-9876**

o escribiendo por whatsapp:

**11-4194-0420**

o escanando el siguiente código:

