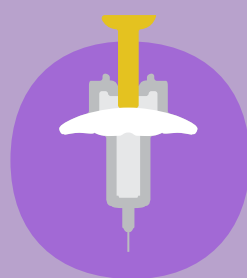


Aliados

¿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.



¿Cómo completar la dosis?

Ingrese [aquí](#)



Aliados



2. Resumen de historial clínica:

Incluir actualidad y antecedentes de paciente con la patología.

Agregar comorbilidades, valores de espirometría y laboratorios.

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

Ingrese [aquí](#) **Asma X-press**



3. Estudios médicos:

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



Asma Grave

- Espirometría
- Hemograma (con IgE total y Eosinófilos)
- Incluir Asthma Control Test (ACT)

Descargue el formulario ACT [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
C		

TERAPIA/S PREVIA/S:

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

D

TIPO DE TERAPIA

Marcar el tipo de terapia que corresponda:

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1ª LINEA	2ª LINEA	3ª 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 (mes1)**
- 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:

