

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

RESOLUCIÓN 435/04

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO

REQUISITOS PARA EL INGRESO AL PROGRAMA

➤ **1-Hoja de Solicitud** (por única vez):

Dirigida a la Sr/a. Ministro/a de Salud de Nación, con Nombre y Apellido del paciente, lugar y fecha. Dicha solicitud debe estar completa y poseer, firmas y sellos de los profesionales responsables que figuran al pie. Se solicita por favor que la letra sea clara y legible

➤ **2- Fotocopias de:**

Documentos de identidad del paciente y apoderado, con domicilios actualizados en el DNI o certificación policial de último domicilio.

➤ **3- Historia Clínica, Formularios: A, A1, B, C, y D:**

Deberán completarse con letra legible, **“TODA”** la información que allí se solicita, **sin omitir** firma y sello del médico tratante.

➤ **4- Historia Clínica, Formulario C:**

Deberá renovarse en cada modificación de tratamiento (aumento/disminución de dosis), caso contrario se envía la dosis registrada en H.C.

➤ **5- Declaración Jurada del Paciente:**

Donde conste que no posee cobertura médica, **la firma del paciente deberá estar certificada por autoridad competente.**

➤ **6- Recibo (FORMULARIO A-1):**

Debe completarse e indicar claramente la cantidad de frascos entregados, N° de lote de los mismos y estar firmado por el responsable de la entrega. **De no ser remitido** en tiempo y forma junto a la RECETA, al Programa de Atención al Paciente Miasténico, se procederá a **la interrupción** del envío correspondiente.

➤ **7-Bajas y Suspensiones:**

Informar al Responsable Provincial a la mayor brevedad toda novedad ocurrida (si el paciente obtiene cobertura, fallecimiento o **suspensión** de tratamientos u otras causas), efectuando la

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

correspondiente **devolución** de medicamentos no utilizados al Responsable Provincial.

➤ **8 Stock de medicamentos:**

El Responsable Provincial, antes de solicitar una nueva entrega, **deberá informar el stock disponible de medicamentos, junto al nº de lote del mismo**, condición indispensable para que desde el Programa Nacional se realice el próximo envío.

➤ **9 Receta medica:**

Debe ser confeccionada en modelo de recetario tipo, que se adjuntan con los formularios.

EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ ADJUNTAR

➤ **Encuesta socioeconómica:** confeccionada por Asistente Social matriculada (con firma y sello), en la jurisdicción de residencia, asistencia o registro del paciente. **Deberá renovarse ante cambios de la situación declarada inicialmente.**

➤ **Certificación Negativa de ANSES:** debe ser en original, donde conste que el paciente no posee beneficio o cobertura medica.

➤ **RECETA MÉDICA:** deberá enviarse al Responsable Provincial junto al recibo y hoja de modificación de dosis (en caso que lo hubiere) según lo indica la normativa.

Especificar con letra legible los siguientes datos:

- a) Apellido y Nombre del Paciente.
- b) Tipo y N° de DNI
- c) Diagnóstico.
- d) Plan de tratamiento, indicando dosis diaria, **en comprimidos**, de Bromuro de Piridostigmina.
- e) Fecha de emisión de la receta, la cual tendrá 90 días de validez desde la prescripción.
- f) Firma y sello, con número de matricula del médico neurólogo (preferentemente), o médico tratante.
- g) Membrete con sello del Hospital.

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE MIASTENICO
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

SE INFORMA A LOS RESPONSABLES DE LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS QUE **EL PACIENTE** INCORPORADO EN EL PROGRAMA NACIONAL, **DEBE RECIBIR LOS FRASCOS CERRADOS Y LA TOTALIDAD DE LA MEDICACIÓN ENVIADA.**

NO SE AUTORIZA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL PROGRAMA PARA **PACIENTES QUE NO HAN SIDO INCORPORADOS.**

SE RECUERDA LA **OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR A LA BREVEDAD STOCK** DE MEDICAMENTOS, **BAJAS Y SUSPENSIONES** DE TRATAMIENTOS.