

**DISPOSICION N° 0934**  
**CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024**

Corrientes, .....de ..... 20....

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE  
Méd. Raúl Andrés Duarte S \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ D:  
De mi mayor consideración:

El/ La que suscribe.....  
DNI N°.....Agente de la Facultad/Instituto.....Antigüedad.....  
se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de solicitar la cobertura de  
el/los medicamento/s de alto costo prescriptos a, .....  
(afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO  
COSTO**, para tratamiento: *(especifique con una X lo que corresponda)*

**-ONCOLOGICO  NO ONCOLOGICO**

**El/los medicamentos solicitados son para**

**-INICIO DE TRATAMIENTO  SEGUIMIENTO  CAMBIO DE MEDICACION**

Comprendo y acepto que **ninguno de estos medicamentos  
pueden ser adquiridos en farmacia externa** sin autorización previa de la autoridad competente.

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

**DOMICILIO:**.....

**CUIL/CUIT N°:**.....**Tel.:**.....

**Correo electrónico:**.....

**OBSERVACIONES:**

.....

**Firma Afiliado Titular**

**Dirección de Servicios Sociales:**

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO**

Sr. Médico prescriptor: De acuerdo a la Res. 4912/2024 del Ministerio de Salud de la Nación es **OBLIGATORIO** que para prescribir Medicamentos de Alto Costo debe **completar y firmar** la siguiente **DECLARACIÓN JURADA DE CONFLICTO DE INTERESES**:

**DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO**

Toda la información consignada en este formulario **tiene carácter de declaración jurada**. Complete todo el formulario de puño y letra, sin dejar ningún campo vacío. En caso de corrección o agregado, coloque su firma abreviada y la fecha al lado.

| <b>A. Datos del MEDICO TRATANTE</b> |  |
|-------------------------------------|--|
| Nombre completo                     |  |
| Número de matrícula                 |  |
| Teléfono                            |  |
| Correo electrónico                  |  |

| <b>B. Datos del PACIENTE</b> |  |
|------------------------------|--|
| Nombre completo              |  |
| DNI                          |  |
| Diagnóstico.                 |  |

| <b>C. Datos del MEDICAMENTO DE ALTO COSTO PRESCRIPTO</b> |  |
|--|--|
| Nombre genérico  |  |
| Nombre comercial indicado                                |  |
| Nombre del Fabricante                                    |  |

**COMPLETE POR UNICA VEZ PARA ESTE MEDICAMENTO**

**D. Constancia de información al paciente:** Declaro haberle explicado al paciente (o representante legal) de forma clara, precisa y adecuada las razones por las cuales le he prescrito el medicamento de alto costo, los riesgos y beneficios de su uso y **las alternativas terapéuticas existentes**. El paciente tiene pleno conocimiento de **que tales riesgos y beneficios se encuentran bajo mi responsabilidad profesional**.



**DISPOSICION N° 0934  
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024**

**E. Compromiso de notificar eventos adversos al Sistema de Farmacovigilancia.** En caso que el paciente presente cualquier evento adverso (sospecha o confirmación con el medicamento prescripto) me comprometo a notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia - ANMAT.

**F. Declaración de conflicto de intereses.** A los fines de la presente declaración jurada, el interés primario del médico tratante debe ser indicarle el tratamiento apropiado a la enfermedad del paciente y en condiciones adecuadas al estado clínico. Cuando una decisión terapéutica resulta afectada por un interés secundario (sea financiero o de otro tipo, sea para sí mismo o para terceros) ocurre un conflicto de intereses.

**Marque la afirmación que corresponde a su situación:**

- No tengo ni he tenido nunca ningún vínculo financiero con el laboratorio productor del medicamento indicado, consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.**
- Tengo o he tenido vínculos financieros con el laboratorio productor del medicamento consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.**

En caso de haber elegido la segunda opción, marque en la siguiente tabla algunas de las situaciones de conflicto de interés potencial que pudieran existir:

| ÍTEM  | FINANCIADOR/EMPRESA | AÑO |
|---|---------------------|-----|
| Percepción de honorarios, beneficios o financiamientos para sí o familiares por parte del laboratorio productor                               |                     |     |
| Financiación para asistir reuniones y congresos, asistencia a cursos, programas educativos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento...). |                     |     |
| Honorarios como ponente (conferencias, cursos...).  |                     |     |
| Honorarios como consultor médico de la compañía   |                     |     |
| Participación en grupos de intereses que puedan influenciar en la prescripción.   |                     |     |
| Conflictos de interés intelectual (participación en investigaciones o proyectos financiados por el laboratorio productor)                     |                     |     |
| Actuación como perito judicial o parte en alguna causa relacionada con la prescripción del medicamento  |                     |     |

**Además de los intereses declarados arriba, declaro bajo mi responsabilidad que NO TENGO otros intereses o actuaciones que deban ser puestos en conocimiento del ISSUNNE.**

|   |
|---|
| <p><b>G. Firma del Declarante Firma del médico</b> _____</p> <p>Aclaración _____ DNI _____ Número de matrícula _____</p> <p>Lugar y Fecha _____</p> |
|---|



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO**

**\* IMPORTANTE: EN ESTE FORMULARIO TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS**

Nombre y Apellido del Afiliado: .....Edad:.....

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| <b>Describa con exactitud el cuadro clínico Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes.</b> |                          |   |
|   |                          |   |
| Diagnóstico/s:  |                          |   |
| Tiempo de Evolución de la Enfermedad:   |                          |   |
| Fecha de inicio de tratamiento farmacológico:   |                          |   |
| <b>Evolución Terapéutica del cuadro clínico:</b>  |                          |   |
|   |                          |   |
| <b>Resultados de exámenes complementarios realizados</b>  |                          |   |
| (IMPORTANTE: Adjunte fotocopias de los mismos, de lo contrario la solicitud será rechazada)                 |                          |   |
| <b>¿Recibió previamente tratamiento/s farmacológico/s?:</b> Si..... No.....                                 |                          |   |
| <b>(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)</b>                           |                          |   |
| Nombre genérico   | Duración del tratamiento | Respuesta clínica que <b>fundamente el pedido de un nuevo medicamento</b> |
|   |                          |   |
|   |                          |   |
|   |                          |   |

*En caso que el paciente haya presentado un evento adverso, por favor, complete la Ficha Amarilla de Farmacovigilancia (Ver al final)*



**FARMACO/S SOLICITADO/S**  
**(IMPORTANTE: Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENERICO)**

| <sup>1</sup> Nombre Genérico o Denominación común internacional | Potencia (Concentración del fármaco prescripto) | <sup>2</sup> Presentación farmacéutica/Vía de administración (comp, ampolla, etc.) | Dosis diaria | Cantidad de envases por mes | Alternativa terapéutica |
|---|---|--|--------------|-----------------------------|-------------------------|
|   |   |  |              |                             |                         |
|   |   |  |              |                             |                         |
|   |   |  |              |                             |                         |
|   |   |  |              |                             |                         |

**Señor profesional: complete con letra LEGIBLE (de lo contrario la solicitud será rechazada)**

**a) Objetivo/s Terapéutico/s:** *especifique criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar la efectividad de la terapéutica instituida.*

.....  
.....

**b) Duración del tratamiento:** .....

.....  
**Firma y sello del Profesional Prescriptor**

**Informe Técnico**

**Reservado Auditoría Farmacológica del ISSUNNE:**



Lugar y fecha: .....

**COMUNICACION DE EFECTOS INDESEABLES**  
**ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MÉDICA (ANMAT)**  
CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA. CATEDRA DE FARMACOLOGÍA-UNNE

Datos del Paciente:

Iniciales:  Peso:  Altura:  Edad:  Sexo:  Hospitalizado   
En mts. F-M (si-no)

Descripción de la reacción adversa (RAM)  
(incluir fecha de comienzo)

Breve descripción del cuadro clínico del paciente

Exámenes complementarios relevantes)  
(con fechas)

Condiciones médicas relevantes

Fármacos que consume el paciente (marque con un asterisco el/los agente(s) sospechoso(s))

|   | N. Comercial | N. Genérico | Dosis diaria | vía | comienzo | Final (fecha) | Fin terapéutico | Nº Dosis recibidas |
|---|--------------|-------------|--------------|-----|----------|---------------|-----------------|--------------------|
| 1 |              |             |              |     |          |               |                 |                    |
| 2 |              |             |              |     |          |               |                 |                    |
| 3 |              |             |              |     |          |               |                 |                    |
| 4 |              |             |              |     |          |               |                 |                    |
| 5 |              |             |              |     |          |               |                 |                    |

Resultado:

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Recuperado | La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó disminución o desaparición del evento adverso?<br>SI NO |
| <input type="checkbox"/> Recuperado c/secuelas |  |
| No recuperado                                  | La reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa?<br>SI NO No se reexpuso                                 |
| Desconocido                                    |  |
| Requirió o prolongó hospitalización            |  |
| Malformación                                   |  |
| Riesgo de vida                                 |  |
| Fatal : fecha:                                 |  |



**DISPOSICION N° 0934**  
**CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024**

|  |  |
|--|--|
| *Nombre Profesional _____<br>Profesión: _____<br>Tel: _____ e-mail _____ | Puede notificar las reacciones adversas a fármacos al<br>Centro Regional de Farmacovigilancia- UNNE.<br>(0379) 4432902, mail: crf-unne@med.unne.edu.ar |
|--|--|

Fecha Comienzo Evento

Fecha de este reporte:

\*Pueden ser sólo iniciales y lo indispensable para canalizar una respuesta, si fuera necesario.

**Edad:** en niños menores de 2 años expresarla en meses, añadiendo la fecha de nacimiento. Cuando se trata de malformaciones congénitas; Informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección. Agregue la edad de la madre.

**Sexo:** indique **F** si es femenino y **M** si es masculino.

**Descripción del cuadro clínico:** Indique enfermedad de base y toda condición médica previa de importancia.

**Descripción de la RAM (reacción adversa a medicamento):** indique los signos y síntomas del evento adverso que motivó la notificación, aunque se trate de una RAM conocida es importante su notificación.

En caso de tratarse de malformaciones congénitas precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto.

**SI SE DETECTASE FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA A UN MEDICAMENTO, DEBE COMUNICÁRSELO COMO EVENTO ADVERSO**

**Fármaco:** señalar en primer término la droga sospechosa. Notifique todos los demás fármacos administrados al paciente, incluidos los de automedicación.

**Indicar la dosis diaria:** En pediatría indique por Kg. de peso.

**CONSIDERACIONES DE LA REACCIÓN**

**Resultados:** Después de sucedida la reacción, cuál es el resultado final?

Señale si la reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa.

**LOS EFECTOS ADVERSOS MOTIVADOS POR ELEMENTOS DE TECNOLOGÍA (CATÉTERES Y OTROS) DEBEN SER COMUNICADOS. También los eventos producidos por hierbas, medicamentos tradicionales o medicinas alternativas.**

No llenar, uso interno

|     |     |     |     |   |                    |        |   |    |   |             |
|-----|-----|-----|-----|---|--------------------|--------|---|----|---|-------------|
| PBD | PBB | PSB | DUD | A | ATC:               | E      | M | Od | K | Consumidor: |
| L   | M   | G   | F   | B |                    | Otros: |   |    |   |             |
|     |     |     |     |   | Órganos afectados: |        |   |    |   |             |



**CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.CRF-UNNE**

**Universidad Nacional del Nordeste**

**Facultad de Medicina-M.Moreno 1240-Corrientes.Tel:0379-4431902**

[crf-unne@med.unne.edu.ar](mailto:crf-unne@med.unne.edu.ar)