

**DOCUMENTACIÓN PERTINENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS  
(MONOCLONALES) EN EL PLAN ONCOLÓGICO A LOS AFILIADOS DE ASUNT.****SR AFILIADO:**

Una vez incluido en el [Plan Oncológico](#), esta Obra Social requiere de usted la presentación de los formularios adjuntos.

**FORMULARIO N° 1**

A ser completado por su Médico Oncológico Clínico tratante.

**FORMULARIO N° 2**

Usted debe firmar la conformidad con el tratamiento propuesto y la aceptación de la terapéutica bajo la denominación CONSENTIMIENTO INFORMADO, detallados en este formulario que su Médico tratante debe completar en base a la información que usted habrá de proporcionarle.

La Obra Social ASUNT no es responsable de la existencia o no del medicamento indicado en todo el ámbito de la República Argentina.  
Si hay que adquirirlo fuera del país, la Obra Social ASUNT no es responsable de la demora que insuma hasta la recepción del mismo.



**DOCUMENTACIÓN PERTINENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS  
(MONOCLONALES) EN EL PLAN ONCOLÓGICO A LOS AFILIADOS DE ASUNT.**

**FORMULARIO ESPECÍFICO PARA EL MÉDICO PRESCRIPTOR.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ AFILIADO N°: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

MÉDICO PRESCRIPTOR: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

**- IDENTIFIQUE EL PROBLEMA DE SALUD: DIAGNOSTICO - ESTADIFICACIÓN.**

**- INFORME MOMENTO EVOLUTIVO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE Y PRONOSTICO.**

**- ENUMERE OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y BENEFICIOS ESPERADOS:**

REMISIÓN  \_\_\_\_\_

CURACIÓN  \_\_\_\_\_

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA  \_\_\_\_\_

**- INFORME TRATAMIENTOS PREVIOS: GRUPO DE FÁRMACOS Y ESQUEMAS TERAPÉUTICOS SI LOS  
HUBIERE REALIZADO COMO ALTERNATIVAS PREVIAS.**

**- MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SELECCIONADOS: ESQUEMA TERAPÉUTICOS: DOSIS - INTERVALOS DE  
DOSIFICACIÓN - FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO - TIEMPO DE TRATAMIENTO.**



DOCUMENTACIÓN PERTINENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS  
(MONOCLONALES) EN EL PLAN ONCOLÓGICO A LOS AFILIADOS DE ASUNT.

FORMULARIO ESPECÍFICO PARA EL MÉDICO PRESCRIPTOR.

CONTROLES

1

FECHA

Efectividad:  
Aparición de efectos adversos registrados:  
Aparición de efectos adversos no registrados:

2

FIRMA Y SELLO PROF. MÉDICO  
FECHA

Efectividad:  
Aparición de efectos adversos registrados:  
Aparición de efectos adversos no registrados:

3

FIRMA Y SELLO PROF. MÉDICO  
FECHA

Efectividad:  
Aparición de efectos adversos registrados:  
Aparición de efectos adversos no registrados:

4

FIRMA Y SELLO PROF. MÉDICO  
FECHA

Efectividad:  
Aparición de efectos adversos registrados:  
Aparición de efectos adversos no registrados:

5

FIRMA Y SELLO PROF. MÉDICO  
FECHA

Suspensión del mismo - Justificación:

FIRMA Y SELLO PROF. MÉDICO



**DOCUMENTACIÓN PERTINENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS  
(MONOCLONALES) EN EL PLAN ONCOLÓGICO A LOS AFILIADOS DE ASUNT.**

**FORMULARIO PARA EL AFILIADO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ AFILIADO N°: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A responder por el Médico Oncólogo de cabecera:

- INFORMACIÓN SOBRE EL FÁRMACO A USAR.

- INFORMACIÓN SOBRE NECESIDAD TERAPÉUTICA.

- INICIO DEL TRATAMIENTO SEGÚN PROTOCOLO TERAPÉUTICO SELECCIONADO.

- EXPECTATIVA SEGÚN TERAPÉUTICA.

- EFECTOS COLATERALES PREVISIBLES - COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE LA TERAPÉUTICA DEL TRATAMIENTO INDICADO.

- ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DISPONIBLES PARA LA ESTADIFICACIÓN.

- DETERMINAR EL CARÁCTER IMPRESCINDIBLE, IMPOSTERGABLE E IRREEMPLAZABLE NECESIDAD DEL TRATAMIENTO. CON EL OBJETO DE EVALUAR RIESGO Y RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO EN LA DENEGATORIA A REALIZAR EL TRATAMIENTO.

- TIENE DERECHO A DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU SALUD (CONSTITUCIÓN NACIONAL), AUNQUE HUBIERE ACEPTADO EL TRATAMIENTO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIAMENTE FIRMADO.