Circuito de solicitud de COSENTYX® (secukinumab) por MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN









PRIMER TRATAMIENTO

BIOLÓGICO completamente humano que bloquea selectivamente la IL-17A para sus pacientes con:¹⁻⁷







Cuenta con AMPLIA EXPERIENCIA CLÍNICA y del mundo real:8-9







APLICACIÓN SIMPLE Y FÁCIL

Lápiz Autoinyector SensoReady®

90% de los pacientes **no reportaron dolor** al momento del uso e indican que es de fácil aplicación¹⁰





www.cosentyx.info/ar

Referencias: 1. B1. Miossec P, et al. Nat Rev Drug Discov 2012;11:763-76. 2. Lories RJ, McInnes 1B. Nat Med. 2012;18:1018-9. 3. Kehl AS, et al. Arthritis Rheumatol. 2016;68:312-22. 4. Smith JA. Colbert RA. Arthritis Rheumatol. 2014;66:231-41. 5. Baeten D, et al. Arthritis Rheumatol 2013;65:12-20. 6. Baeten D, et al. N Engl J Med 2015;373:2534-48. 7. Hochberg MC, MD, MPH, et al. Rheumatology (6th edition). Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier. 8. Clinicaltrials.gov. Los ensayos activos incluyen todos aquellos que se enumeran como reclutamiento, activos pero no reclutados, inscritos por invitación y aún no reclutados y completados. Esta lista excluye todos los ensayos enumerados como suspendidos, finalizados y retirados. 9. Novartis data on file. Número de pacientes tratados a nivel mundial desde el lanzamiento de Cosentyx para PsO, PsA y AS. Marzo 2020 10. Nash et al. Arthritis Research & Theraphy (2018) 20:47 doi.org/10.1186/s13075-018-1551-x.

CIRCUITO MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN

CHECKLIST

Circuito de solicitud de Cosentyx® (secukinumab) por MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN CHECKLIST

Para presentar la solicitud de Cosentyx® (secukinumab) para Psoriasis, Artritis Psoriásica y/o Espondilitis Anquilosante ante el Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación, se requieren los siguientes documentos:

e requieren los siguientes documentos:

RECETARIO ÚNICO:

INICIO O CAMBIO DE ESQUEMA de la Provincia de Buenos Aires

Este formulario lo deben presentar únicamente los pacientes que tengan residencia en la provincia de Buenos Aires.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Debe presentarse con firma y sello del hospital, médico tratante, jefe de servicio y director del hospital.

- 3 INFORME DE SERVICIO SOCIAL
 Debe presentarse con membrete y/o sello del Hospital y llevar la firma del profesional que realizó el informe.
- 4 CARTA MANDATORIO Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
 Debe presentarse con membrete y/o sello del Hospital solo en caso de que el paciente no pueda realizar el trámite personalmente y necesite hacerlo a través de un tercero.
- CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES

 Se obtiene con el número de CUIL a través de la página web de ANSES: https://www.anses.gob.ar/consulta/certificacion-negativa
 Tiene una validez de 30 días,
- NEGATIVA MUNICIPAL/PROVINCIAL:

Dependiendo del domicilio, el paciente deberá solicitar:

- NEGATIVA MUNICIPAL: consultar en la Secretaría de Salud del Municipio.
- NEGATIVA PROVINCIAL: consultar en Ministerio de Salud de la Provincia.

En caso de ser de la provincia de Buenos Aires, consultar en la Sede de la región sanitaria de la zona. También puede obtener asesoramiento a través del Programa de Pacientes Viviendo Mejor de Novartis.

- **HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE**
 - Debe presentarse con membrete y/o sello del Hospital.
 - Debe contener tres firmas: (1) Médico/a tratante, (2) Jefe/a del servicio y (3) Director/a del hospital.
- ESTUDIOS y/o CUESTIONARIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS

 Los estudios requeridos dependerán de cada indicación y quedan a criterio del médico.

 Ej: estudios completos de laboratorio, radiografía, RMN, scores de medición de actividad de enfermedad, calidad de vida, entre otros.



Una vez completa toda la documentación indicada, el paciente debe presentar la misma en:

Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación

Calle Rivadavia 870, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ó

CDR (Centro de Referencia) más cercano a su domicilio. Podés consultarlos en: https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/centrosdereferencia

En caso que el paciente no pueda presentar la documentación en persona, debe autorizar a un tercero mediante la carta mandatario.

Su paciente puede recibir asesoramiento personalizado a través de:







CARTA MANDATARIO

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

CARTA MANDATARIO

de de 2016
El/La que suscribe
(Apellido y Nombre)
D.N.I/C.I./L.E N°
NºBarrio
Código Postal Localidad
Provincia
Teléfonos de contacto
Solicito provisión de
Hospital donde se llevará a cabo
A los efectos que pudiera corresponder, designo mandatario al
Sr./a
D.N.I./L.C./L.E. N°
Código Postal Localidad
Nº Teléfono
OTROS TELEFONOS DE NOTIFICACIÓN
Mandatario Titular o Solicitante (Paciente menor de 16 años Firma padre, madre o tutor legal)
(Firma y sello de funcionario Público)

Deberá adjuntarse fotocopia de DNI de Titular y/o solicitante y mandatario.

2

RECETARIO ÚNICO: INICIO O CAMBIO DE ESQUEMA

Solo para provincia de Buenos Aires

Ministerio de Salud	CRÓNICO 🗌					Modiocojón	Periodo de Prescripcion / Medicación oral	◯ Trimestral			TAL VÍA Administración												1
Σ] c		9		Partido:	a Čiodiyo	escribcion	Bimestral (lad:		DOSIS TOTAL							, ,					OFESIONAL
і ЕМА	ONCOLÓGICO 🗌	locumento		Localidad:		برا مام مام ایر	llogo de Pr	\bigcirc	Localidad:		N° DE DÍAS										d		FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
RECETARIO ÚNICO: INICIO O CAMBIO DE ESQUEMA PROGRAMA DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS	ONCOL	Tipo y Nº de documento :	Nacionalidad:	Lo				Mensual		néricos	DOSIS DIARIA												FIRMAY
O CAMBIC		Tip	Nacion	ا ق 		al (m²):	lio:			Prescripción ajustada a VADEMECUM del Banco de Drogas . Prescripción por Ley de Genéricos	CANTIDAD D	П											
CO: INICIC				epto:	E mail de contacto:	Sup. Corporal (m²):	Estadio:	PS (0-4):		cripción po								2 22					
ARIO ÚNIC			Sexo:	Piso / Depto:	E mail de	Su			TAL	rogas . Pres	CONCENTRACIÓN												
RECET	CIÓN	Nombres:	0	N°:			T/N/M:	Intervalo:	ión: HOSPITAL	Banco de 🛘	CIÓN												
10	REPETICIÓN					la (cm):		lnt	de Atenci	MECUM de	PRESENTA												CIÓN
Buenos Aires Provincia			iento:		ıcto:	Talla			lecimiento	tada a VADE													DE PRESCRIPCIÓN
Buel Prov	INICIO	ido:	Fecha de Nacimiento:	icilio:	Tel/Cel de contacto:	(kg):	Diagnóstico:	N° de Ciclo:	Datos del establecimiento de Atención	ripción ajus	NOMBRE GENÉRICO												FECHA DI
					1010		Nama -		•••														
Sr/a Paciente: Verifique que todos los campos estén completos a fin de evitar demoras en los trámites.							otoco	pia D	NI,	d		dicame				de re	nco N° cepción						
Todas las recetas deben ser originales Fecha vigencia de receta: 30 días hábiles Todas las modificaciones deben ser salvadas con la firma y sello del médico					ADJUNTAR	ll Im	otoco abora náger	ipia Ai itorio i nes	(con re	S, ía Pato eceptor ria Clín	es, et	1 0.)		CO	Tel. S	ede:	rtir de la f						

3

FORMULARIO SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

IMPORTANTE:

Entregar las 3 páginas del formulario

Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud I Ministerio de Desarrollo Social 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:
EDADSEXO:
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 estadío e inmunohistoquímica)
ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE:

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



Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud I Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

- 4				
Δ	\sim	9	ra	r.
	101	α	ıcı	Ι.

AMBULANTE	SEMI-AMBULANTE	NO AMBULANTE

TERAPIA/S PREVIA/S:

- · Cirugía:
- · Quimioterapia:
- · Hormonoterapia:
- · Inmunoterapia:
- Radioterapia:
- · Diálisis:

TIPO DE TERAPIA

Marcar el tipo de terapia que corresponda:

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA	AVANZADO	1° LÍNEA	2° LÍNEA	3° LÍNEA

TERAPIA/S PREVIA/S:

•	Cirugía	Fecha:
•	Quimioterapia	Fecha:
•	Hormonoterapia	Fecha:
•	Inmunoterapia	Fecha:
•	Radioterapia	Fecha:
•	Diálisis	Fecha:

FECHA Y RESPUESTA AL TR	RATAMIENTO ANTERIOR:	



Solicitud de medicamentos

Subsidios especiales para la salud I Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

ESQUEMA TERAPEUTICO SOLICITADO
Completar por ciclo si es diferente:
Número total de ciclos:
Frecuencia de los ciclos:
Tiempo de tratamiento:
Fecha programada de inicio de tratamiento:
MEDICAMENTOS (incluir sólo con nombre genérico):
Dosis/m2 o Kg Dosis total por ciclo
Aclarar número de envases que necesita por ciclo, por medicamento y vía de suministro.
1)
2)
3)
4)
5)
6)
Entidad:
Firma, Apellido y Nombre del Director de la Entidad:
Firma y sello del Director:
Firma y sello del prescriptor:
Fecha de prescripción:/

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



4

INFORME DE SERVICIO SOCIAL



Fecha:

Establecimiento: (Municipio/Hospital/Unidad Sanitaria)

Prestación Solicitada:

Paciente:

Dni/Cuil:

Fecha de Nacimiento:
Domicilio:
.ocalidad;
Teléfonos:
Se deja constancia que los datos expuestos en el presente ormulario acreditan:
 La identidad del paciente Su lugar de residencia La carencia de cobertura médica y recursos económicos para poder adquirír la prescripción del médico tratante.
• La historia Social _e se encuentra archivada en
bajo el número
 La historia clínica, se encuentra archivada en el Hospital. Centro de Saludbajo el número

Firma y sello de Trabajadora Social Interviniente

Institución:
DIRECCION DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES, MINISTERIO
DE SALUD DE LA NACION
AV. RIVADAVIA 870 PB- CAPITAL FEDERAL (CP 1002)
TEL / FAX: (011) 4121-4700/4609/4683/4765 Lunes a Jueves de 8 a 16 HS.



Un programa que orienta a los pacientes de Novartis a conocer más acerca de su diagnóstico y tratamiento.



- Dosis de inicio
- Servicio de Enfermería
- Educación en la aplicación
- Kit de refrigeración por 12hs

ACCESO AL TRATAMIENTO

- Asesoramiento telefónico
- Asistente Social



ADHERENCIA

- Apoyo y seguimiento
- Gestión de Renovación
- Dosis en caso de interrupción

APOYO INTEGRAL

 Educación sobre su enfermedad

FORMAS DE ADHESIÓN AL PROGRAMA:

www.viviendomejor.com.ar

Su paciente podrá suscribirse al programa a través de los siguientes canales:



Llamando al **0800-444-3367**



Firmando el Consentimiento Informado Puede solicitar el formulario a un representante de Novartis.



Escribiéndonos a

contacto@programavm.com.ar



Escaneando el Código QR para acceder al Consentimiento Informado Online.



Novartis Argentina S.A. Ramallo 1851 - CP 1429 CABA - Argentina Tel.: 4703-7000





