

Circuito de solicitud de  
**COSENTYX**<sup>®</sup> (secukinumab)  
por MINISTERIO DE SALUD  
Y DESARROLLO SOCIAL  
DE LA NACIÓN



Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación



## PRIMER TRATAMIENTO

**BIOLÓGICO** completamente humano que bloquea selectivamente la IL-17A para sus pacientes con:<sup>1-7</sup>



Cuenta con **AMPLIA EXPERIENCIA CLÍNICA** y del mundo real:<sup>8-9</sup>



**+10 AÑOS**  
de estudios clínicos en todo el mundo<sup>1</sup>



**+100 ESTUDIOS**  
clínicos<sup>8</sup>



**+340.000 PACIENTES** TRATADOS<sup>9</sup>

## APLICACIÓN SIMPLE Y FÁCIL

**Lápiz Autoinyector SensoReady**<sup>®</sup>

**90%** de los pacientes **no reportaron dolor** al momento del uso e indican que es de fácil aplicación<sup>10</sup>



[www.cosentyx.info/ar](http://www.cosentyx.info/ar)

# CIRCUITO 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:

1

**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.

2

**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.

5

**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.

6

**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.

7

**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.

8

**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:



1

# **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° ..... con domicilio en la calle .....

N°..... Barrio .....

Código Postal ..... Localidad .....

Provincia .....

Teléfonos de contacto .....

Solicito provisión de .....  
(Especificar tipo de subsidio)

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°..... Domiciliado en .....

Código Postal ..... Localidad .....

N° 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





**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 | 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: .....

EDAD..... SEXO: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....

TELÉFONO: .....

DIAGNÓSTICO: .....

Nº 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:



# Solicitud de medicamentos

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

Aclarar:

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 TRATAMIENTO ANTERIOR: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Solicitud de medicamentos

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

## ESQUEMA TERAPÉUTICO 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..... Días de admin.....Intervalo.....  
 .....

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 reevaluación y ante un cambio de dosis o medicación. Recuerde reevaluar al paciente al finalizar el 2° o 3° ciclo, según corresponda a la patología del paciente.



# 4

## INFORME DE SERVICIO SOCIAL



Ministerio de Salud de la Nación

Fecha:

Establecimiento:  
(Municipio/Hospital/Unidad Sanitaria)

Prestación Solicitada:

**Paciente:**

**Dni/Cuil:**

Fecha de Nacimiento:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se deja constancia que los datos expuestos en el presente formulario acreditan:

- La identidad del paciente
- Su lugar de residencia
- La carencia de cobertura médica y recursos económicos para poder adquirir la prescripción del médico tratante.
- La historia Social se encuentra archivada en.....  
..... bajo el número .....
- La historia clínica se encuentra archivada en el Hospital/  
Centro de Salud.....bajo 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.



# Viviendo Mejor

Programa de Soporte a Pacientes

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



## FORMAS DE ADHESIÓN AL PROGRAMA:

[www.viviendomejor.com.ar](http://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

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

Escanee el código para acceder a la información del producto, o solicítelo al 0800-777-1111



**Cosentyx**<sup>®</sup>  
secukinumab