

Nombre y Apellido del Paciente:

D.N.I.:

Dirección:

Teléfono:

Estimado Paciente:

Queremos hacerle llegar ésta carta compromiso, la cual deberá firmar Ud. y un testigo (familiar directo) para dejar asentado su consentimiento. Lo propio hará su médico oncólogo/hematólogo de cabecera.

Al aceptar recibir éstos medicamentos el paciente se compromete :

- A leer y firmar el consentimiento informado para recibir este tratamiento. Es decir que necesitamos que nos confirme que entendió los riesgos y requisitos y nos haga todas las preguntas que desee.
- A pedir información sobre los medicamentos a recibir y sus efectos adversos, como así también como pueden influir en su vida cotidiana y cuanto puede alterar los efectos de otros medicamentos que utiliza.
- A informar de conductas propias que puedan impedir ó detener el tratamiento indicado: adicciones (alcohol, drogas); viajes que no permitan asistir a controles médicos, situaciones psicológicas que puedan impedir ser ordenados en la toma de medicación (depresión, ansiedad, intentos de suicidio) u otras condiciones. Del mismo modo se compromete a informar toda situación que usted sepa o crea o sospeche que puede modificar alguna respuesta al tratamiento, desde diarreas copiosas, hasta olvidos en las tomas. Es preferible que consulte antes de que se quede con dudas.
- Asistir a los turnos que sean pautados para controles médicos con su médico tratante, con anuncio y explicación de cancelación si no pudiera concurrir e inmediata solicitud y organización del próximo turno.
- A asistir ante el jefe de día de atención no programada (médico clínico) ante cualquier cuadro clínico agudo, no dejando pasar síntomas y debe procurar consultar, preferentemente en un centro ambulatorio.
- A atenderse en forma integral, con un mismo equipo médico para todas sus dolencias. Es importante que el médico que realice su control periódico anual tenga contacto fácil con su oncólogo o con cualquier especialista que requiera su salud (ej: su ginecólogo, urólogo, etc.). Esto será parte de sus obligaciones, o sea: atenderse en forma integral en nuestros centros y con nuestros especialistas, sin ser esto inconveniente para que continúe realizando las interconsultas habituales que quiera realizar por su propia cuenta y costo.
- A tomar todas las medidas anticonceptivas (preservativo en varón, pildora anticonceptiva y/o DIU en mujeres) para evitar el embarazo mientras dure el tratamiento y hasta que los médicos tratantes dispongan. La razón de ello es que los medicamentos podrían alterar el desarrollo del feto y, en ciertos casos afectar la evolución de su enfermedad oncológica. Además la situación clínica que padece requerirá asesoramiento claro y especializado en planificación familiar.
- Realizar las extracciones de sangre necesarias y en el laboratorio que Osecac determine, a donde sean dirigidos por el médico tratante. Así los resultados serán integrados a la historia clínica web permitiendo que sean compartidos por todos sus médicos tratantes.

- A notificar a Osecac en forma inmediata, cualquier modificación / cambio de obra social ó de tipo de beneficiario, trabajo y/o domicilio y teléfono. Dado que debemos confeccionarle un resumen de historia clínica con todos los datos requeridos para que su tratamiento siga siendo adecuado.
- A autorizar a la obra social el uso de sus datos para elevar a la autoridad competente a fin de generar el recupero del tratamiento.
- A autorizar publicar en comunicaciones científicas los resultados del tratamiento, adherencia y seguridad de los medicamentos utilizados.

De constatare la interrupción/ discontinuación / mal cumplimiento del tratamiento, será incorporado a un programa de adherencia al mismo. Este es un programa de control intensivo, ya que la utilización de estos fármacos en forma irregular produce un efecto contrario al deseado, desaparece por completo el efecto beneficioso.

En caso que Ud no cumpla con éstas pautas, Osecac lo contactará inicialmente por vía telefónica, luego por carta documento y finalmente será derivado el caso para los trámites judiciales que correspondiesen, a fin de reencauzarlo en el tratamiento.

Un tratamiento médico es una acción que comienza con el diagnóstico y prescripción, continua con el acceso al tratamiento prescripto, pero no se completa sin el cumplimiento de las indicaciones por parte del paciente. Por lo tanto el involucramiento del paciente es fundamental para que el tratamiento se cumpla. El demostrar la falta de participación, cumplimiento o cuidado será causa suficiente para denegar la continuidad de cobertura.

Compromiso de Osecac para con Ud.:

Osecac se compromete a brindarle asistencia médica y medicación que corresponda a su caso, en todo el ámbito de la República Argentina, siempre y cuando Ud. mantenga su carácter de afiliado a la obra social Osecac.

Osecac se compromete en caso de que Ud. pierda su carácter de afiliado a la obra social, a hacer los trámites para que la autoridad ministerial le brinde el tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del familiar directo: _____ Aclaración de firma: _____

DNI N° _____ Fecha: _____

Firma y sello del Médico tratante: _____ Fecha: _____