

**SECTOR DE RECUPERO DE
PROTESIS- S.U.R** (Sistema único de
Reitegro)

Responsable del Sector: Pucciarelli Mariana

Tel: (011) 5556-9600

[REDACTED]
Criboli Miriam (interno 4760)

**(ENVIAR LA DOCUMENTACION EN BOLSA AZUL AL
SECTOR DE COMPRAS)**

CHECK LIST PRÓTESIS CON RECUPERO SUR - Según resolución 1048/14 - anexo 400/16

AFILIADO NUMERO :

AFILIADO NOMBRE:

TRAUMATOLOGICAS Y CARDIOVASCULARES

CUIL:

**SOLICITUD DE PRÓTESIS MEDICA CON DIAGNOSTICO

FECHA DE IMPLANTE:

**CONFORMIDAD O CONSENTIMIENTO MEDICO-PACIENTE

LUGAR DE OPERACIÓN:

**HISTORIA CLINICA ORIGINAL / FOJA QUIRURGICA Y ANESTESICA

** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS COPIAS PRE QX Y POST QX.
(TAC - RSM - RX - ECOGRAFIAS - ECODOPPLER - ETC) INFORMES E IMÁGENES

PROVINCIA:

**EVOLUCION DEL PACIENTE + ALTA MEDICA + EPICRISIS

EN CASO DE HABER FALLECIDO EL PACIENTE DURANTE LA EVOLUCIÓN ENVIAR ACTA DE DEFUNCION

LOCALIDAD :

BSERVACIONES :**PROTESIS****FECHA DE ENVIO DE DOCUMENTACION:**POR FAVOR NO ENVIAR HASTA TENER LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION
SOLICITADA EN SOBRE AZUL A SECTOR COMPRAS RECUPERO S.U.R.

NUMERO AFILIADO

NOMBRE AFILIADO

RADIONEUROCIROGIAS

CEREBRALES

****SOLICITUD MEDICA ORIGINAL**

****HISTORIA CLINICA ORIGINAL**

****CONFORMIDAD MEDICO-PACIENTE ORIGINAL**

****IMÁGENES DE LA LESION (TAC-RSM-ANGIORESONANCIA-TAC MULTICORTE
ANGIOGRAFIA-PET--**

**** EN ANEURISMAS : ESTUDIOS CONFIRMATORIOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
Y LOCALIZACION ANATOMICA D ELA LESION**

****PROTOCOLO DE RADIOTERAPIA CON LAS DOSIS ADMINISTRADAS**

OBSERVACIONES :

PRESTADOR:

FECHA:

OBSERVACIONES: FUNDAMENTOS TERAPEUTICOS:

ANEURISMA INTRACEREBRAL ROTO

MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS DEL CÉREBRO, MENOR DE 3 CM, SINTOMATICAS

TUMORES PRIMARIOS DE CEREBRO-TUMORES GLIOMICO DE ABORDAJE RIESGOSO

TUMORES METASTATICOS DEL CEREBRO-TUMORES EN EL NERVIÓ OPTICO O TUMORES DE BASE DE CRANEO

RESOLUCION VIGENTE 400/16

NRO° AFILIADO

NOMBRE AFILIADO

MODULO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA

NEUROEMBOLIZACIONES

- ** SOLICITUD MEDICA ORIGINAL
- ** HISTORIA CLINICA ORIGINAL
- ** CONFORMIDAD MEDICO-PACIENTE ORIGINAL
- ** IMÁGENES CONFIRMATORIOS DEL DIAGNOSTICO(TAC-RSM-)
ANGIORESONANCIA- TAC MULTICORTE-ANGIOGRAFIA-BIOPSIA
- ** EN ANEURISMAS : ESTUDIOS CONFIRMATORIOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- ** ESTUDIOS DE IMÁGENES DONDE SE CONSTATE LA PRESENCIA DE LA LESION A TRATAR

(EL MODULO INCLUYE HONORARIOS DEL EQUIPO MEDICO-ESTUDIOS-INTERNACION EN UTI Y PISO-
MATERIALES NECESARIOS PARA EL PROCEDIMIENTO: COILS-BALONES-STENTS-ONIX- ETC
MATERIALES DESCARTABLES NECESARIOS VINCULADOS AL PROCEDIMIENTO)

PRESTADOR:

FECHA DE LA PRACTICA MEDICA:

OBSERVACIONES: FUNDAMENTOS TERAPEUTICOS:

- *ANEURISMAS DE CIRCULACION POSTERIOR(CUANDO HAY ALTO RIESGO OPERATORIO Y CUANDO HAY EDEMA CEREBRAL Y ESCALA DE HUNT Y HESS AVANZADO
- * ANEURISMAS DE TAMAÑO INTERMEDIO Y EN CIRCULACION ANTERIOR
- * MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS (SEGÚN ESCALA DE SPETZLER)
- * MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS (GRANDES DE GRAN CONVEXIDAD)
- *MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS DÚRAL:
- *LESIONES DE ALTO FLUJO IDENTIFICADO POR ANGIOGRAFIAS
- * FISTULAS ARTERIOVENOSAS DÚRALES INTRACRANEALES
- * HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) CON MENOS DE 48 HS DE EVOLUCION Y ESCALA DE HUNT Y HESS GRADO 1 Y 2
- * TUMORES VASCULARIZADOS CEREBRALES (HEMANGIOBLASTOMAS-METASTASIS INTRACRANEALES-MENINGIOMAS-TUMORES NEUROGENICOS-ANGIOFIBROMAS
HEMANGIOMAS)

PLANILLAS COMPLEMENTARIAS

*Avaladas por médicos auditores.-

*Las planillas deberán tener todos los campos completos, requisito solicitado por la Superintendencia de la Salud, con letra legible y sin enmiendas.-

*En caso de enviar otro tipo de formato realizado por el médico tratante, deberá contener los mismos datos que se indican en la planilla.-



Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

SOLICITUD DE PROTESIS, ORTESIS Y OTROS

(Completar todos los campos con letra legible)

LUGAR Y FECHA

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE BENEFICIARIO:

D.N.I./L.E./L.C:..... **FECHA NAC.**...../...../..... **EDAD:**..... **SEXO:** M F

DIAGNOSTICO:

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y/O PRACTICAS A REALIZAR:

FECHA PROPUESTA PARA LA PRESTACION:

MATERIAL SOLICITADO (UNICAMENTE DE ORIGEN NACIONAL-DETALLAR CARACTERISTICAS TECNICAS NO MARCAS):

ALTERNATIVAS A LO SOLICITADO: (SI NO HUBIEREN ELEMENTOS ALTERNATIVOS FUNDAMENTARLO):

SI SE TRATARE DE ELEMENTOS CON DEVOLUCION PREVISTA Y/O ALQUILER, TIEMPO ESTIMADO DE USO:

.....
FIRMA Y SELLO LEGIBLE DEL PROFESIONAL



Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

HISTORIA CLINICA SEGÚN RESOLUCIÓN 1048/14 DE S.S.S.

(Completar todos los campos con letra legible)

LUGAR Y FECHA/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE :

Nº DE BENEFICIARIO :-.....-...../.....

D.N.I./L.E./L.C:

FECHA DE NAC...../...../..... EDAD : SEXO :

DIAGNOSTICO :

.....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

.....

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE (ESPECIFICAR COMORBILIDADES Y/O COMPLICACIONES):

.....

.....

DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO :

.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE :

(DECLARACIÓN JURADA)



Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

CONSENTIMIENTO MEDICO-PACIENTE

SEGÚN RESOLUCIÓN 1048/14 DE S.S.S.

(Completar todos los campos con letra legible)

LUGAR Y FECHA/...../.....

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y PRESTO MI CONFORMIDAD A QUE SE REALICE LA PRÁCTICA MEDICA DE :.....

EN EL ESTABLECIMIENTO MÉDICO :.....

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
ACLARACIÓN

.....
ACLARACIÓN

.....
NRO. De DOCUMENTO

.....
NRO.de DOCUMENTO

.....
NRO. DE AFILIADO

Se establece el presente consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario y el profesional actuante. Según RESOLUCIÓN 1048/14 S.S.S. Y COMPLEMENTARIAS.

.....
Firma y sello Profesional actuante

Aclaración.....

Matrícula.....



Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

Nº RNOS : 110701

AUDITORIA EN TERRENO SEGÚN RESOLUCIÓN DE S.S.S.

(Completar todos los campos con letra legible)

LUGAR Y FECHA/...../.....

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NRO. DE BENEFICIARIO:...../..... D.N.I./L.C./L.E.....

FECHA DE NAC.:...../...../..... EDAD:..... SEXO:.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

TIPO DE PRÁCTICA:.....

PROFESIONAL QUE LA INDICA:..... Nº MATRICULA:.....

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y PROFESIONALES DONDE SE REALIZÓ LA PRÁCTICA

INSTITUCIÓN:.....

DIRECCIÓN:.....

JEFE EQUIPO MÉDICO –QUIRÚRGICO

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DIRECCIÓN:..... TELÉFONO:.....

ESPECIALIDAD:..... NRO. MATRICULA:.....

DATOS DE LA INTERNACIÓN

FECHA DE INGRESO:...../...../..... URGENCIA: SI - NO FECHA DE EGRESO :...../...../.....

PATOLOGÍA Y PRÁCTICAS REALIZADAS:.....

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA Y PROCEDIMIENTOS APLICADOS PARA EL TRATAMIENTO

.....

DERIVACIÓN A OTRO ESTABLECIMIENTO

DESTINO Y MOTIVO:.....

OBITO – CAUSA :

OBSERVACIONES:.....

FIRMA DE LA AUTORIDAD
SELLO

FIRMA DEL AUDITOR
SELLO

FIRMA DEL RESPONSABLE
DEL AREA DE AUDITORIA
SELLO