

La siguiente solicitud debe estar completo por el médico tratante, externo a la Internación Domiciliaria.

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido y Nombres:

Edad:

N° de Socio:

**DATOS DE LA INTERNACIÓN**

Fecha de ingreso ID:

Lugar de ID:

Fundamentación de la ID:

(Adjuntar epicrisis o Historia clínica actualizada)

**TIEMPO APROXIMADO DE ID:**

Nota: ID Internación Domiciliaria.

**MÓDULOS (MARCAR EL MÓDULO QUE CORRESPONDA CON UNA X)**

**MÓDULO 1 (AyB):** pacientes dependientes que requieren cuidado intensivo.

Destinado a: pacientes oncológicos de reciente comienzo que presentan dependencia parcial. Pacientes que no pueden desempeñarse laboralmente. / Pacientes que satisfacen la mayoría de sus necesidades pero requieren ayuda en ciertas actividades que previamente podían realizar.

 **MODULO A**

---

Médico Clínico o Pediatra	2 visitas por semana
---------------------------	----------------------

---

Sesiones de Kinesiología	5 sesiones por semana
--------------------------	-----------------------

---

Materiales descartables	Guantes, alcohol, manoplas, iodopovidona, gasas, tela adhesiva y otros de uso general
-------------------------	---

---

Enfermería	Hasta 12 horas por día
------------	------------------------

---

 **MODULO B**

---

Médico Clínico o Pediatra	2 visitas por semana
---------------------------	----------------------

---

Sesiones de Kinesiología	5 sesiones por semana
--------------------------	-----------------------

---

Materiales descartables	Guantes, alcohol, manoplas, iodopovidona, gasas, tela adhesiva y otros de uso general
-------------------------	---

---

Enfermería	Hasta 6 horas por día
------------	-----------------------

---

**MÓDULO 2:** pacientes semi dependientes que requieren cuidado standar

Destinatarios: Pacientes escarados post operatorios prolongados y/o complicados. ATB parenteral (s/dosis y frecuencia). Recuperación de fractura de cadera. Traumatismo de cráneo. Hipoxia cerebral.

Médico Clínico o Pediatra	1 visita por semana
Sesiones de Kinesiología	3 sesiones por semana
Materiales descartables	Guantes, alcohol, manoplas, iodopovidona, gasas, tela adhesiva y otros de uso general.
Enfermería	3 horas por día

 **MÓDULO 3:** pacientes independientes que requieren cuidado standar

Destinatarios: pacientes dados de alta de una internación clínica y/o quirúrgica que por su situación actual requiera seguimiento médico y de enfermería.

Médico Clínico o Pediatra	1 visita por semana
Materiales descartables	Guantes, alcohol, manoplas, iodopovidona, gasas, tela adhesiva y otros de uso general.
Enfermería	1 visita por día

**EXCLUSIONES EN TODOS LOS MÓDULOS**

- ▶ Traslados programados y por emergencias médicas, se utilizará el servicio contratado por Jerárquicos Salud.
- ▶ Medicamentos e insumos (se evaluará en cada caso particular si los mismos son provistos por nuestra Farmacia Mutual u Ortopedia Jerárquicos o se reconocerán por fuera de los mismos).
- ▶ Material descartable no incluido en el módulo y otros insumos a proveer por el paciente y/o por la modalidad habitual de provisión de Jerárquicos Salud.
- ▶ Oxigenoterapia.
- ▶ Soporte nutricional.
- ▶ Asistencia respiratoria mecánica invasiva o no invasiva.
- ▶ Interconsultas con especialistas.

**PRESTACIONES EXTRA MÓDULOS**

Especificar prestación requerida, cantidad de sesiones y frecuencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

MATERIALES DESCARTABLES	CANTIDAD MENSUAL	TOPIFICACIÓN/ TAMAÑO
Abbocath		
Agua destilada		
Agujas		
Alcohol		
Algodón		
Apósitos		
Bajalenguas		
Clorhexidina		
Duoderm – Tegaderm		
Gasas		
Guantes descartables estériles		
Guías de sueros		
Iodopovidona		
Jeringas		
Llave de tres vías		
Manoplas		
Mat. varios para curación de heridas		
Pervinox		
Solución fisiológica		
Sonda Nasogástrica		
Tela adhesiva		
Vendas		
Otros		

<b>APARATOLOGÍA</b>			
<b>DESCRIPCIÓN / CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>		<b>VALOR ALQUILER / DÍA / MENSUAL</b>	
Oxigenoterapia en domicilio			
Concentrador de oxígeno			
Equipo de oxígeno líquido con mochila			
Tubo de oxígeno			
Humidificador			
Otros:			
<b>INSUMOS</b>			
<b>INSUMOS</b>	<b>DESCRIPCIÓN/ CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO DE USO</b>	<b>CANTIDAD MENSUAL</b>
Cánulas de traqueotomía			
Filtros de traqueotomía			
Tubos endotraqueales			
Sondas vesicales (tipo Foley)			
Sondas de Aspiración			
Válvulas fonatorias			
Reservorios			
Circuito para respirador			
Otros			

**MEDICACIÓN**

Toda medicación deberá ser solicitada por receta, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones para su confección.

1. Toda prescripción médica deberá ser confeccionada por el profesional prescribiente, con letra perfectamente clara, legible y completada con todos los datos inherentes a la misma:
  - Nombre y Apellido del Socio.
  - N° de Socio.
  - Prescripción del medicamento, según la Ley de Genéricos: *“por nombre genérico del medicamento o denominación común internacional seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración”*.
  - Diagnóstico presuntivo.
  - Localidad y fecha de emisión.
  - Firma y Sello del profesional
2. Respecto a las enmiendas, se recuerda que toda tachadura, enmienda o raspadura, deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso del documento el dato correcto, refrendando el mismo mediante firma y sello.
3. La prescripción médica, se reconoce como válida por un plazo máximo de 15 (quince) días corridos computados a partir de la fecha de prescripción que consta en el documento.
4. El médico sólo puede prescribir un (1) envase de medicamento por renglón y hasta tres (3) medicamentos por receta.
5. Se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario, siempre que incluya en su encabezado la sigla “Rp/”.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**FECHA**