





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Sistema de Orden Médica Electrónica

Usuario: Prestador

• Publicación: 10/12/2024 - Versión: 1.0



INTRODUCCIÓN

A través del sistema OME, los médicos de cabecera y especialistas pueden realizar la **prescripción de las prácticas y de los** estudios complementarios que integran su menú prestacional, como también generar las órdenes médicas electrónicas y la solicitud de prestaciones de Cuidados Paliativos Domiciliarios o Institucionales (cama últimos días de vida en segundo nivel / casas de cuidado).

La sistematización de las solicitudes de **Cuidados Paliativos Domiciliarios** otorga agilidad y simplificación a los trámites, los cuales ya no requieren la presencia de las afiliadas y de los afiliados en las dependencias del Instituto para su iniciación. Además, permite una mayor transparencia en la gestión interna de la solicitud, despapeliza el trámite y reduce los tiempos de respuesta mejorando la calidad de atención a las afiliadas y los afiliados.



INTRODUCCIÓN

Para comenzar ingrese al Sistema de Orden Médica Electrónica presionando la opción **OME**.



Para generar una OME deberá realizar los siguientes pasos:

PASO 1: Identificación de la afiliada o del afiliado.
PASO 2: Identificación de la afiliada o del afiliado.
PASO 3: Prescripción de la prestación.



IDENTIFICACIÓN DE LA AFILIADA O DEL AFILIADO

En primer lugar, deberá identificar a la persona afiliada. Para ello, complete el **Número de Afiliación** y haga clic en el siguiente botón.

Generar Orden Listado de Ordenes	Panel de Aceptación Panel de prestaciones			OME ORDEN MEDICA V4.12.22
▶ Datos del Afiliado			2	
N° Afiliado 15031640400100	N° Afiliado 15031640400100	Q	90	N° Doc. 3269197
TRANSCRIPCION No			و	
▶ Diagnósticos CIE-10				
Diagnóstico Ingrese una descripción	(min 5 caracteres) Ingrese un código (min 3 caracteres)	Q 🔲		
▶ Prescripción				
Prácticas	Insumos Prestaciones			
Práctica Ingrese una descripción o u	In código de práctica	Q 🔲 Ø		
Cód. Práctica	Práctica	Módulo	Cantidad	Acciones
Detalle las indicaciones	s médicas que considere necesarias para el afiliado			





SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

En segundo lugar, debe ingresar el o los diagnósticos correspondientes (hasta dos diagnósticos por OME). En el campo **Diagnóstico** ingrese la descripción del diagnóstico que ha motivado la prescripción de la prestación. Inmediatamente, el sistema desplegará el listado de diagnósticos del nomenclador CIE 10 que coincidan con el dato ingresado.





PRESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN

En tercer lugar, debe seleccionar el tipo de prescripción (Prácticas, Insumos o Prestación) que motiva la realización de la orden médica electrónica.

Seleccione la pestaña **Prestaciones** del campo de Prescripción, y haga clic sobre la opción **Cuidados Paliativos**.

Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de pres	taciones		OME ORDEN MEDICA	v4.12.22
Datos del Afiliado				
N° Afiliado 15031640400100 Q Nombre DJER	EKIAN LUCIA	Edad 90	N° Doc. 3269197	
TRANSCRIPCION No				
Diagnósticos CIE-10				
Diagnôstico Ingrese una descripción (min 5 caracteres) Ingrese un códio	go (min 3 caracteres) Q			
(D649) - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO				î
▶ Prescripción	Prestaciones			
Prácticas Insumos Prestacione	s			
Internación Domiciliaria Cuidados Paliativos			-	
Datos de contacto de la persona afiliada	Cuidados Paliati	vos		
Por favor revise los datos de contacto ya que los mismos revisten i	mportancia para garantizar la comunicación con la pe	rsona afiliada en caso d	le ser necesaria.	
Teléfono filo Cód área 0 11 Número 4755	5664			

IMPORTANTE: la prescripción de las prácticas del módulo 148 Cuidados Paliativos –Consultas y Prácticas Ambulatorias se mantiene desde el apartado de Prácticas.

Pág. 6



DATOS DE CONTACTO DE LA AFILIADA O DEL AFILIADO

Deberá ingresar los datos relacionados a los medios de contacto con la afiliada o el afiliado. Estos datos son de suma relevancia para garantizar la comunicación con la afiliada o el afiliado.

En primer lugar, ingrese el teléfono fijo y el teléfono móvil indicando el código de área, y luego indique el correo electrónico.

Generar Orden Listado de Ordenes Pane	el de Aceptación Panel de prestaciones		OME ORDEN MEDICA V4.12.22
▶ Prescripción			
Prácticas Insumos	Prestaciones		
Internación Domiciliaria	Cuidados Paliativos		
Datos de contacto de la persona afiliad	da		
Por favor revise los datos de contacto			
Teléfono fijo Cód. área 0 11	Teléfono fijo Cód. área	0 11	Número 47552342
Teléfono celular Cód. área 0 11	Teléfono celular Cód. área	0 11	Número 15 6300122
E-mail: LDEJERE@GMAIL.COM Datos del familiar y/o responsable:	E-mail: LDEJERE@GMAIL	.COM	
*Apellido y Nombre	*Vinculo Sin seleccionar	~	
Teléfono fijo Cód. área 0	Número		
Teléfono celular Cód. área 0	Número 15		

IMPORTANTE: en caso de existir información de contacto (teléfono fijo, móvil o correo electrónico) registrada dentro del padrón de afiliación del INSSJP, esta se cargará de forma predeterminada en los campos del formulario digital de Cuidados Paliativos. Debe verificar que los datos incorporados sean correctos, de lo contrario deberá editarlos por los que correspondan.





DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

Dadas las características de la prestación, deberá completar la información de contacto de un familiar o responsable de la persona afiliada. Deberá ingresar el nombre y apellido de la persona responsable y el vínculo (de la lista desplegable) que tiene con el afiliado. Luego complete, como mínimo, un campo con los datos de contacto de dicha persona: teléfono fijo, teléfono celular y/o correo electrónico.

enerar Orden Listado de Ordenes Panel de Ad	ceptación Panel d	ie prestaciones	OME CLECTRONICA V4.8
os de contacto de la persona afiliada			
or favor revise los datos de contacto ya que	los mismos revis	sten importancia para garantizar la comunicación con la persona afiliada er	caso de ser necesaria.
Teléfono fijo Cód. área 0 11	Número	42393822	
léfono celular Cód. área 0 11	Número	15 31233232	
mail: mimail@test.com.ar			
os del familiar y/o responsable:			
pellido y Nombre Todarelli Luciana	*Vinculo	Cônyuge/Pareja	
	Número	Sin seleccionar Padre/Madre	
Teléfono fijo Cód. área 0	Humero	Yemo/Nuera Hijo/Hijastro	
Teléfono fijo Cód. área 0 léfono celular Cód. área 0	Número	YemonNuera	



MODALIDAD PRESTACIONAL

Desde el sistema de orden médica electrónica, podrá prescribir la prestación de cuidados paliativos, tanto para la modalidad domiciliaria (Cuidados Paliativos Domiciliarios) como en internación (cama de últimos días de vida en segundo nivel o casas de cuidado).

🔂 PDIAB REC OME				
Generar Orden Listado de Ordenes Modalidad Prestacional:	Iodalidad Prest	acional:		OME CLECTRONICA V4.8.34b
* Prestación en domicilio O Si	* Prestación en	domicilio 🚫 Si	O No	
Formulario de Solicitud	ódian de nactoción			
Solicitudes	ougo de presidición			
Cod. Prestación	Prestación	Tipo de Prestación	Cantidad	Acciones
Detaille las indicaciones médi Indicaciones	icas que considere necesarias para e	I afiliado		
Datos del Profesional				
Apellido y Nombre RAMOS ROSSEL ALVA	ARO	Matrícula Nac. 12334 Matrícula P	Provincia	
				Cancelar Finalizar

IMPORTANTE: recuerde que, la prescripción de las prácticas del módulo 148 - Cuidados Paliativos / Consultas y Prácticas Ambulatorias se mantiene desde el apartado de Prácticas.



MODALIDAD DE INTERNACIÓN

Cuando la prestación de Cuidados Paliativos se prescriba para la atención en internación, el sistema le permitirá realizar la orden médica electrónica con la prescripción de la práctica de Cuidados Paliativos que corresponda. En este caso deberá indicar que la modalidad prestacional **NO** corresponde a una prestación en domicilio.







MODALIDAD DE INTERNACIÓN

Luego deberá prescribir el módulo de internación que corresponda.

C PDIAB REC OME =	
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME CRDEN MEDICA v4.8.34b
Modalidad Prestacional:	
* Prestación en domicilio OSi No	
Formulario de Solicitud	
Prestación modulo de internac Q	
(149001) MODULO DE INTERNACION MENSUAL PARA CUIDADOS DE FINAL DE VIDA EN II NIVEL	
(155001) MODULO DE INTERNACION MENSUAL PARA CUIDADOS DE FINAL DE VIDA EN CASAS DE CUIDADO	Acciones
	Actions
Detalle las indicaciones médicas que considere necesarias para el afiliado	
Indicaciones	
	li li
Datos del Profesional	
Apellido y Nombre RAMOS ROSSEL ALVARO Matrícula Nac. 12334 Matrícula Prov. Provincia	
	Cancelar Finalizar

IMPORTANTE: recuerde que, la prescripción de cama de últimos días de vida no requiere completar formulario.





MODALIDAD DE INTERNACIÓN

El módulo se agregará a la prescripción.

🔂 PDIAB REC OME 💳		
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones		OME CROEN MEDICA V4.8.34b
Modalidad Prestacional:		
* Prestación en domicilio O SI O No		
Formulario de Solicitud		
Prestación Ingrese una descripción o un código de prestación	Q	
Solicitudes		
Cod. Prestación Prestación	Tipo de Prestación	Cantidad Acciones
149001 MODULO DE INTERNACION MENSUAL PARA CUIDADOS DE FINAL DE VIDA EN II NIVEL	CUIDADOS_PALIATIVOS	1 🖍 🕲 💼
Detalle las indicaciones médicas que considere necesarias para el afiliado Indicaciones		
Datos del Profesional		le le
Apellido y Nombre RAMOS ROSSEL ALVARO Matrícula Nac. 12334 Matrícula Prov.	Provincia	
		Cancelar Finalizar



MODALIDAD A DOMICILIO

Las prestaciones de Cuidados Paliativos que se realicen a domicilio, además de la prescripción del módulo y/o submódulos, requieren obligatoriamente completar el formulario digital de la solicitud de la prestación. Al indicar que la modalidad de prestación es a domicilio se habilitará el apartado Domicilio de Asistencia y los campos correspondientes al formulario digital de la solicitud.

C PDIAB REC OME =		
Generar Orden Listado de Ordenes Par Modalidad Prestacional: Modalidad Presta	acional:	ME ELECTRONICA
Prestación en domicilio Isi No * Prestación en	domicilio 🔘 Si 🔵 No	
Domicilio de asistencia)
Por favor revise los datos de domicilio, ya que los mismos revisten importancia la re	alización de la práctica solicitada.	
Domicilio del afiliado: O SI O No		
*Calle:	*Número:	
Piso/Dpto: Ej: 58	*CP: Ej: 1158	
*Provincia	*Departamento	
*Localidad		
Formulario de Solicitud		
* Diagnóstico Oncológico	* Fecha Diagnóstico	
* Estadio actual/Localización		



DOMICILIO DE ASISTENCIA

Al indicar la prestación en domicilio, deberá informar el domicilio donde debe realizar la prestación. Por defecto, la opción de domicilio de asistencia estará predeterminada en '**No**' corresponde al domicilio de la afiliada o del afiliado debiendo completarse manualmente los campos de los datos correspondientes a: calle, número, piso/departamento, código postal, provincia, departamento y localidad.

PDIAB REC OME =		
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones		OME CREEN MEDICA V4.8
Modalidad Prestacional:		
* Prestación en domicilio Si No		
Domicilio de asister	∩ si	No
Por favor revise los		
Domicilio del afiliado: Osi ONO		
*Calle:	*Número:	
Piso/Dpto: Ej: 5B	*CP: Ej: 1158	
*Provincia	*Departamento	~
*Localidad	•	
Formulario de Solicitud		
* Diagnóstico Oncológico	* Fecha Diagnóstico	
* Estadio actual/Localización		





DOMICILIO DE ASISTENCIA

IMPORTANTE: en caso de coincidir el domicilio de la internación domiciliaria con el domicilio del afiliado registrado en el padrón, haga clic en la opción '**SI**'. De esta forma se tomarán los datos existentes en el padrón de afiliación pudiendo editarse para la solicitud en curso.

PDIAB REC OME =		
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones		OME ORDEN MEDICA V4.8.
Modalidad Prestacional:		
* Prestación en domicilio Si O No		
Por favor revise los * Domicilio del afiliado:	Si No	
Domicilio del afiliado: Internet Si Intere		
*Calle: JUAN G GODOY	*Número: 2014	
Piso/Dpto: A	*CP: 2020	
*Provincia MENDOZA 🗸	"Departamento GUAYMALLEN 🗸	
*Localidad CORONEL DORREGO		
Formulario de Solicitud		
* Diagnóstico Oncológico	* Fecha Diagnóstico	
* Estadio actual/Localización		

Una vez completada la información relacionada al contacto y la comunicación con el afiliado, deberá ingresar los datos propios de la solicitud de Cuidados Paliativos.



Dentro del Formulario de la Solicitud, se deberá incorporar toda la información respectiva a las características y necesidades de la prestación de Cuidados Paliativos a realizarse, siendo de carácter obligatorio los campos que posean asterisco *

Lo primero que deberá indicar es lo referido al diagnóstico oncológico, la fecha del diagnóstico y el estadio y localización de este.

gnóstico Oncológico Neoplasia cancerosa	* Fecha Diag	nóstico							
adio actuald ocalización orado 3			æ		May	o 2023	i.	1.00	
* Domicilio del afiliado:	Neoplasia cancerosa		Lu 24	Ma 25	Mi 26	Ju V 27 2	i Sa 8 29	Do 30	
* Estadio actual/ localización	Grado 3		1	2	3	4 5	6	7	
		J	8 15	9 16	10 17	11 1 18 1	2 13 9 20	14 21	
			22	23	24	25 2	6 27	28	
tomas actuales: Marque la opción correcta (Al menos 1)	Dolor Astenia Delirium-Agita	ición	29	30	31	1 2	3	4	
áuseas/vómitos	Ansiedad-Depresión	Он	emor	ragia	s				
norexia-Caquexia	vulsiones Diarrea Otros								





Luego deberá indicar el estado de performance (PS), a través de la escala de calidad de vida ECOG.

🔂 PDIAB REC OME 💻	
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME ORDEN MEDICA
Formulario de Solicitud	
* Diagnóstico Oncológico Neoplasia cancerosa * Fecha Diagnóstico 01/05/2023	
* Estadio actual/Localización grado 3	
*PS/ECOG Indique el estado funcional. Indique el estado funcional. • Asintomática. • Tratamiente • Tratamiente • Tratamiente • Sintomática. Deambula. Puede realizar tareas habituales. 2 - Sintomática. Incapaz de trabajar. Levantada más del 50% del día. (En cama o sillón menos del 50% del día). 3 - Sintomática. En cama o en sillón más del 50% del día. • Recibe Opi 4 - Sintomática. En cama o en sillón 100% del día. Puede requerir internación. Mal pronóstico a corto plazo (semanas o menos). • Síntomas actuales: Marque la opción correcta (Al menos 1) Dolor Astenia Delirium-Agitación Insomnio	
Náuseas/vómitos Disfagia Ansiedad-Depresión Estreñimiento Hemorragias	
Anorexia-Caquexia Somnolencia Convulsiones Diarrea Otros	
* Úlceras o Lesiones O Si O No	
Otras necesidades 🛛 Sonda Nasogástrica 🗋 Botón Gástrico 💭 Traqueostomía 💭 Colostomía 💭 Sonda Vesical / Nefrostomía	





Informar si el afiliado está realizando algún tipo de tratamiento o no. En el caso de indicar que actualmente está realizando un tratamiento oncoespecífico indicar cual (radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia y/o biológicos), de la misma forma si recibe o no tratamiento de opioides (en caso afirmativo indicar la formulación y dosis diaria).

C PDIAB REC OME =	
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME CROEN MEDICA V4.8.34b
Formulario de Solicitud	
Disgnéstico Occolégico Nocolégico Concerco 01/05/2023	
* Tratamiento Oncoespecífico actual: O Si No	
*PS/ECOG 3 - Sintomática. En cama o en silión más del 50% del di 🗸	
* Tratamiento Oncoespecifico actual 💿 Si 🔿 No 📄 Radioterapia 📄 Inmunoterapia 🔤 Quimioterapia 📄 Biológicos	,
Recibe Opioides O Si NO Radioterapia Inmunoterapia Quimioterapia	a Biológicos
* <u>Síntomas actuales</u> : Marque la opción correcta (Al menos 1) Dolor Astenia Delirium-Agitación Insomnio	
* Recibe Opioides: Si No	
* Úlceras o Lesiones O Si O No	
Otras necesidades Sonda Nasogástrica Botón Gástrico Traqueostomía Sonda Vesical / Nefrostomía	





Seleccionar al menos un casillero del o los síntomas que padece actualmente.

C PDIAB REC OME =	
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME ORDEN MEDICA V4
Formulario de Solicitud	
* Diagnóstico Oncológico Neoplasia cancerosa * Fecha Diagnóstico 01/05/2023	
* Estadio actual/Localización grado 3	
*PS/ECOG 3 - Sintomática. En cama o en sillón más del 50% del di 🗸	
* Tratamiento Oncoespecífico actual 💿 Si 🔿 No 🗆 Radioterapia 🗔 Inmunoterapia 🗖 Quimioterapia 🗖 Biológicos	
* Recibe Opioides O Si O No	
* <u>Síntomas actuales</u> : Marque la opción correcta (Al menos 1) Z Dolor Astenia Delirium-Agitación Insomnio	
Náuseas/vómitos Disnea Disfagia Ansiedad-Depresión Estreñimiento Hemorragias	
Anorexia-Caquexia Somnolencia Convulsiones Diarrea Otros	
* Úlceras o Lesiones O Si O No	
Otras necesidades Sonda Nasogástrica Botón Gástrico Traqueostomía Sonda Vesical / Nefrostomía	



Indicar si posee o no úlceras. En caso de indicar que **SI**, deberá informar el grado de las estas y las indicaciones para su tratamiento.

A PDIAB REC OME =	
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME ORDEN MEDICA V4.8.34b
*PS/ECOG 3 - Sintomática. En cama o en sillón más del 50% del di 🗸	
* Tratamiento Oncoespecifico actual 💿 Si 🔿 No 🗆 Radioterapia 📄 Inmunoterapia 🗖 Quimioterapia 📄 Biológicos	
* Recibe Opioides O.Si O.No	
💷 🔿 G1 🔘 G2 🔿 G3 🔿 G4 Indicación de curación: Limp	pieza
✓ Náus]
Anorexia-Caquexia Somnolencia Convulsiones Diarrea Otros	
Otras necesidades Sonda Nasonástrica Botón Gástrico Traqueostomía Colostomía Sonda Vesical / Nefrostomía	
Oxigenc * Úlceras o Lesiones SI No	
* Diagnóstico que motiva solicitud	

Opcionalmente podrá informar si la afiliada o el afiliado tiene otros requerimientos relacionados a su tratamiento y cuidado. Pudiendo seleccionar el casillero de las siguientes opciones: sonda nasogástrica, botón gástrico, traqueostomía, colostomía, sonda vesical/ nefrostomía, oxígeno requirente, venoclisis / tratamiento parental.



Deberá definir la duración del período de tratamiento (entre 1, 2 o 3 meses).

🞧 PDIAB REC OME =			
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de	Aceptación	Panel de prestaciones	OME ORDEN MEDICA ELECTRONICA
* Período de trat	amient	to: 0 1 mes 0 2 meses 0 3 meses	
* Periodo de tratamiento: O 1 mes O 2	meses	3 meses	
* La persona v/o su enforno conocen el diagnóstico	Osi		
	ONO		
* La nersona v/o su enforno conocen el pronóstico	Osi		
ca persona yro sa enterno conocen el pronosico	ONO		
* La namana u/a nu anterna caantan aar asiatidaa ay	daminilia) și	
La persona y/o su entorno aceptan ser asistidos en	C) No	
	in del envirole	Osi	
 La familia/entorno se compromete al cuidado pract 	ico dei paciente	O No	
* Entiendo que toda la información volcad	a en la prese	nte tiene carácter de declaración jurada.	
Prestación Ingrese una descripción o un código o	le prestación	Q.	





Luego deberá brindar información, a través de un pequeño cuestionario, sobre el contexto en el afiliado se encuentra respecto al conocimiento de su enfermedad y la prestación de cuidados paliativos: ¿*la persona y/o su entorno conocen el diagnóstico?*¿*la persona y/o su entorno conocen el pronóstico?*¿*la persona y/o su entorno aceptan ser asistidos en domicilio?* ¿*la familia/entorno se compromete al cuidado práctico del paciente?*

🔂 PDIAB REC OME =				
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de Acep	itación P	anel de prestaciones		OME CROEN MEDICA
* La persona y/o su entorno conocen el diagnóstico	si			
C	No			
* La persona v/o su entorno conocen el pronóstico	Si			
0	No			
* La persona v/o su entorno aceptan ser asistidos en dom	nicilio S	91		
	01	40		
* La familia/entorno se compromete al cuidado práctico di	el paciente	● Si		
-		O No		
* Entiendo que toda la información volcada en	la presente	e tiene carácter de declaración jurada.		
Prestación Ingrese una descripción o un código de pre	estación		Q	
Solicitudes				
Cod. Prestación	Prestación	Tipo de Prestación	Cantidad	Acciones





Por último, deberá dar su consentimiento de que toda la información del formulario digital tiene carácter de declaración jurada. Para ello haga clic en el casillero.

🔂 PDIAB REC OME =				
Generar Orden Listado de Ordenes Panel de	Aceptación Panel de prestacio	ones		OME CRDEN MEDICA V4.8.34b
			le le	
1 a parcena via su antorna conocea al disenàntica	● Si			
La persona y/o su entorno conocen el diagnosaco	O No			
* La persona y/o su entorno conocen el pronóstico	I SI			
	O No			
* La persona y/o su entorno aceptan ser asistidos en	o domicilio			
🕛 🔽 * Entiendo qu	ue toda la info	rmación volcada en la pi	resente tiene carácter o	de declaración jurada
Entiendo que toda la información volcad	a en la presente tiene caráci	er de declaración jurada.		
Prestación Ingrese una descripción o un código o	le prestación		Q	
Solicitudes				
Cod. Prestación	Prestación	Tipo de Prestación	Cantidad	Acciones
Detaile las indicaciones médicas ou	a considera nacasarias nara al a	filado		





AGREGAR MÓDULO Y/O SUBMÓDULOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Finalmente, una vez que se completa el formulario digital de la solicitud, ingrese la prestación de Cuidados Paliativos que corresponda a la situación del afiliado y el módulo (y submódulos) disponible. Si conoce el código o el nombre de módulo o el submódulo de la prestación, podrá ingresar el código o el nombre de este en el campo Prestación.

	RECO	ME =	
Generar Orden	Listado de Ordenes	Panel de Aceptación Panel de prestaciones	OME ORDEN MEDICÁ
* La persona y/o * La persona y/o	o su entorno conocen e o su entorno aceptan s	er asistidos en domicilio No No No No	
* La familia/ento	rno se compromete al que toda la informa	cuidado práctico del paciente O No ación volcada en la presente tiene carácter de declaración jurada.	
Prestación c	uidado	Q	
Solicit (1500	01) MODULO MEN	ISUAL DE CUIDADO S PALIATIVOS DOMICILIARIOS A	
Cod. Pr (1500	03) MODULO MEN	ISUAL DE CUIDADO S PALIATIVOS DOMICILIARIOS D	
(1490	01) MODULO DE I	NTERNACION MENSUAL PARA CUIDADOS DE FINAL DE VIDA EN II NIVEL	
(1550 Indicaciones	01) MODULO DE I	NTERNACION MENSUAL PARA CUIDADOS DE FINAL DE VIDA EN CASAS DE CUIDADO	

Para visualizar todos los módulos y submódulos disponibles dentro de Cuidados Paliativos haga clic en el botón





AGREGAR MÓDULO Y/O SUBMÓDULOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Al hacer clic en la lupa, visualizará todos los módulos y submódulos dentro de la prestación de Cuidados Paliativos. Para agregar el módulo o submódulo que corresponda marque el casillero correspondiente a este y haga clic en el botón **Agregar**.

Generar Orden Listado de Ordene * La persona y/o su entorno conocen	Buscar Prestac	iones		× OME DRDEN MEDICA
	Tipo de prestación	CUIDADOS PALIATIVOS	✓ Aorupador -	✓
* La persona y/o su entorno conocen	Descripción		MODULO A: Incluye visita médica 1-2 veces por semana y enfermería 1-3 veces por semana.	Buscar
* La persona y/o su entorno aceptan e	Agrupador	Prestación 🛓	Contempla la provisión de opioides no parenterales.	
*La fa Presta Solicit	S		MODULO A: Incluy 1-2 veces por enfermería 1-3 vec Contempla la p opioides no pa	ye visita médica r semana y ces por semana. provisión de arenterales.
Cod. Pr MODULO M Indicaciones	IENSUAL D	e cuidados pai	LIATIVOS DOMICILIARIOS A 🔒	es

IMPORTANTE: en la solicitud de modalidad prestacional a domicilio, sólo se podrá prescribir un módulo médico de Cuidados Paliativos Domiciliarios y no podrán prescribirse en la misma OME prácticas de distintos módulos. Además del módulo se podrá prescribir el submódulo que corresponda al requerimiento de la afiliada o el afiliado.





AGREGAR MÓDULO Y/O SUBMÓDULOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

El módulo y/o submódulos seleccionados se incorporarán a la solicitud.

IMPORTANTE: podrá adjuntar la historia clínica del afiliado donde se constate la recepción de los cuidados paliativos en últimos días de vida. La historia clínica deberá estar membretada y detallar la evolución clínica con fechas. Para agregar documentación respaldatoria (previamente digitalizada) haga clic en el botón <a>O de la columna acciones

Generar Orden L	istado de Ordenes Panel de Aceptación	Panei de prestaciones		OM	ORDEN MEDICA V4	1.8.348
* La persona y/o su e	ntorno conocen el pronóstico					
	O No					
* La persona v/o su e	ntorno aceptan ser asistidos en domicilio	I Si				
		O No				
	a assessments of subfields and after data and	ente Si				
TID TOMODIO ANTONO A						
* La tamila/entorno s	e compromete al cuidado praceco del paci	ONo				
 La tamilia/entorno s Entiendo que 	toda la información volcada en la pr	O No				
Ca tamilia/enformo s Ca tamilia/enformo s Festación Ingrese	toda la información volcada en la pr	O No esente tiene carácter de declaración jurada.	٩			
La tamaia/enforno s Ta tamaia/enforno s Ta tamaia/enforno s Prestación Ingrese Solicitudes	toda la información volcada en la pr e una descripción o un código de prestació	O № esente tiene carácter de declaración jurada.	٩			
La tamaia/enforno s Ta tamaia/enforno s Ta tamaia/enforno s Prestación Ingrese Solicitudes Cod. Prestación	a compromete a cultado practico del paci toda la información volcada en la pr a una descripción o un código de prestació Prestación	O №	Q Tipo de Prestación	Cantidad	Acciones	
Cod. Prestación Cod. Prestación Cod. Prestación	toda la información volcada en la pr e una descripción o un código de prestació Prestación MODULO MENSUAL DE CUIDADO	O No esente tiene carácter de declaración jurada.	Q Tipo de Prestación CUIDADOS_PALIATIVOS	Cantidad	Acciones	



GENERAR OME Y FORMULARIO DIGITAL

Una vez ingresados los datos de contacto del afiliado y del familiar/responsable, el domicilio donde se realizará la prestación y toda la información de la solicitud con el módulo y submódulos que corresponden, podrá generar la o las órdenes médicas necesarias junto al formulario digital de la prestación de **Cuidados Paliativos Domiciliarios**.





GENERAR OME Y FORMULARIO DIGITAL

Deberá confirmar la acción haciendo clic en **Confirmar**. El sistema le confirmará la creación de la OME y, en simultáneo, el formulario digital de la solicitud de Cuidados Paliativos Domiciliarios se visualizará en la UGL/Agencia que corresponda al afiliado.

stado de Ordenes Panel de Aceptación Panel de prest	aciones	OME CROSS ME
a descripción o un código de insumo	Detale	
Insumo	Tipo de Insumo	Cantidad Acciones



LISTADO DE ÓRDENES

Desde el listado de órdenes podrá visualizar el formulario digital creado y enviado a la dependencia PAMI que corresponda. Para visualizar el formulario generado haga clic en el botón **Formulario**

G OME REC						
Generar Orden Listado de O	Panel de Aceptación	Panel de prestaciones			OME CROEN WE	DICA v4.2.11
Fecha emisión desde	Listado	de Ordenes	Estado Cualquiera	✓ Sálo □ Sálo a urgencia domicilio		
Nro. de Orden	A	ilado por Nro. Afilado	✓ Adiliado	Sólo generadas por mi	Limplar	Filtrar
NRO ORDEN 1 1	NRO AFILIADO	FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO 1	FECHA ANULACION IT		etalle
3323000059227	15034029220400	09/01/2023	00/07/2023			
3323000058503	15039982540100	05/01/2023	04/07/2023		GENERADA	
3323000058527	15039982540100	05/01/2023	04/07/2023		GENERADA	



LISTADO DE ÓRDENES

≡ ordenes_cp2pdf.php	1/3 - 50% + 🗄 🔊
	Solicitud de Prestaciones Cuidados Paliativos Nro Formulario:1554 Fecta: 2805022 (dd: 0) Addetce: 000
	DATOS DE LA PERSONA AFLIADA Indo Setudos Velludos vicoleire Enclos BATOS MEDICOS Eculos CHIS Tumor maligne de la paínis
	DATOS DE CONTACTO TEL PLO: DITITITITI TEL PLO: DITITITITI DATOS DE CONTACTO TEL NO: NELEZON RESPONSABLE JATOS DE CONTRETENTA TEL NO: NEDEREE marka UNCLION VICINEER: marka TEL NO: DITITITITI TEL CELLAR OTITITITITI
	EMAL singlynal con DOMICLIO DE ANSISTOCIA DOMICLIO DE ANSISTOCIA DOMICLIO DE ANSISTOCIA NOD 168 CALLE NOD 169 PRODORTIO DP. 167 INCOVECA DEPARTAMENTO CAPITAL FEDERAL LODALIGO CAPITAL FEDERAL DEPARTAMENTO CAPITAL FEDERAL
	COMMULARO DE SOLUCITUD ENDADÉSICO DIVOLÓDICO entimentapitaque a JRANS S ALX-PCL-IRADE ALIMOÑARIEN LABINICIANASIRIL LAROCHES FARSINORIES ALIMOÑARIEN LABINICIANASIRIL LAROCHES FARSINORIES DIRECESIUNISES SURBECES
	ESTADO ACTUAL COLLEZADOR INJURINANIANA DIASTRICTURA ZIVOSTANDA AND AND AND AND AND AND AND AND AND

IMPORTANTE: recuerde que no es necesaria la impresión del formulario ni la orden médica electrónica. Para evitar su impresión como comprobante, puede descargarlo y enviarlo por correo electrónico.



