

Solicitud de Incorporación

Inmunodeficiencias Primarias

Esta inscripción es para aquel paciente que está siendo tratado con Hizentra® bajo prescripción médica bajo las siguientes indicaciones:

- Inmunodeficiencias Primarias:
 - Agammaglobulinemia e Hipogammaglobulinemia congénitas.
 - Inmunodeficiencia común variable.
 - Inmunodeficiencia combinada grave y síndrome de Wiskott Aldrich.
 - Deficiencias de subclases de IgG con infecciones recurrentes.

Esta inscripción es para aquel paciente que está siendo tratado con Privigen® bajo prescripción médica bajo las siguientes indicaciones:

Tratamiento reconstitutivo en adultos, niños y adolescentes (0 a 18 años) en:

- Síndromes de inmunodeficiencia primaria (IDP) con alteración en la producción de anticuerpos.

El PROGRAMA ALIVIO puede apoyar al paciente, bajo estas prescripciones, en lo siguiente:

- ✓ El paciente dispone de un número de contacto directo del programa donde puede realizar consultas de cualquier tipo sobre su patología.
- ✓ Se entrega apoyo al paciente en trámite con servicios de salud, cobertura estatal en tratamiento, etc. Programa orienta al paciente en sus procedimientos de cobertura de salud de acuerdo con su tratamiento prescrito por un médico. Esto incluye el sistema Isapre, FONASA, GES, Ley Ricarte Soto.
- ✓ El programa brinda 4 sesiones de capacitación gratuita para pacientes prescritos con Inmunoglobulinas humanas que cambian desde infusión intravenosa a subcutánea (de Privigen® a Hizentra®).
 - Programa coordina visitas a pacientes con enfermera capacitada y experta en infusiones subcutáneas.
 - Programa de seguimiento de sesiones de formación.
 - Normalmente se realizan 4 formaciones y se dispone de 5 si la enfermera formadora lo considera necesario.

Solicitud de Incorporación

Inmunodeficiencias Primarias

Declaro que toda la información que he entregado voluntariamente y toda información que me pueda entregar el PROGRAMA ALIVIO, puede contener datos personales y/o sensibles. Autorizo que esta información sea objeto de tratamiento de banco de datos por el PROGRAMA ALIVIO, el que se obliga a cuidar de ella con la debida diligencia y a cumplir con la Ley n°19.628 sobre protección de la vida privada. Autorizo la comunicación, entrega y transferencia de mis datos para fines estadísticos y para que me sea enviada información sobre este programa.

Declaro conocer y cumplir con los requisitos para ser parte del programa de asesoría y orientación en salud. Yo podré solicitar que mi nombre o cualquier información entregada sea eliminada de la base de datos respectivas, llamando al 2 2588 8264 o enviando un mail a contacto@programaalivio.cl. En el caso de hacer esta solicitud se entenderá que renuncio a los beneficios entregados por el PROGRAMA ALIVIO. Declaro que he leído este formulario, y que todas mis preguntas acerca de él fueron resueltas.

Por favor, complete este formulario y luego envíelo a contacto@programaalivio.cl o contáctenos al 2 2588 8264 para más información.

Datos del Paciente	
Nombre	
Apellido	
Mail	
Teléfono	
Dirección	
Datos del Médico Tratante	
Nombre y Apellido	
Número o correo de contacto	
Lugar de trabajo (nombre de clínica, consulta u hospital)	

Firma del Paciente