



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. K.1.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **FACTOR VIII C o FACTOR DE VON WILLEBRAND** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND** deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico **Hematólogo**:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades. Fundamentación médica detallando el fracaso con Desmopresina, Antibifrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: con detalle de tipo y severidad de la enfermedad, con fecha de diagnóstico, cuadro de presentación, tipo de tratamiento, ya sea Inmunotolerancia, Profiláctico o a Demanda, presencia o ausencia de inhibidores circulantes. Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal.

2.-Certificación de médico Hematólogo del tipo y severidad de la hemofilia.

3.-Certificado de vacuna para la Hepatitis A y B previo al inicio del tratamiento.

4.-Constancias de aplicación, en caso de estar en tratamiento.

5.-Certificado de concurrencia del paciente o sus padres/tutores a cursos de entrenamiento en técnicas de venopunción y administración de concentrados de factores de coagulación, así como también en la importancia y el significado de la profilaxis, sus beneficios y significado a futuro.

6.-Estudio social, en caso de tratamiento profiláctico, que verifique familia continente; acceso a equipo de enfermería entrenado en técnicas de venopunción en niños de corta edad y posibilidad de desarrollar la tarea en medio que le permita respetar las medidas de bioseguridad

7.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de Hematólogo tratante; fecha de prescripción.

8.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Análisis Clínicos.

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.