



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO PRETRANSPLANTE DE ÓRGANOS** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave**, 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 tratante:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico.** En la evaluación del paciente, se deberán efectuar todos los exámenes complementarios racionales y necesarios, así como también las interconsultas especializadas (y los estudios y/o prácticas de ellas derivadas), adecuados para una correcta evaluación de la condición de **receptor**.
- En caso del **donante vivo relacionado** se deberán efectuar en el candidato a donar, todos los estudios necesarios para una correcta evaluación de su condición de donante.

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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, con antigüedad inferior a 90 días entre el diagnóstico y el último estudio.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE CARDÍACO** prescrito para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE CARDIOPULMONAR** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE CARDIO-RENAL** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE PULMONAR** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE HEPÁTICO** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.6.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE HEPATORENAL** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.7.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE RENAL con DONANTE VIVO** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.8.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE RENAL con DONANTE CADAVERÍCO** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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.-Resúmen de Historia Clínica firmada y sellada por médico transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.9.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE de PÁNCREAS** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.10.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE RENO-PANCREÁTICO** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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.-Resúmen de Historia Clínica firmada y sellada por médico transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.11.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE INTESTINAL** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.12.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE HEPATO-INTESTINAL** prescrito para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.13.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE HEPATO-PANCREÁTICO** prescripto para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario de la Agencia correspondiente, y remitida a la Gerencia Médica 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.1.2.14.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE PANCREATO-INTESTINAL** prescrito para pacientes con **Enfermedad con Insuficiencia Orgánica Grave - Transplante de Órgano**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE AUTÓLOGO de PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS con o sin criopreservación (Módulo I)**, prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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 necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE ALOGÉNICO CON DONANTE EMPARENTADO de PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS**, con o sin criopreservación (Módulo I), prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.-Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

2.-Habilitación de la Institución donde se realizará el trasplante.

3.-Habilitación del Equipo Médico de Trasplante.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.1.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRANSPLANTE ALOGÉNICO CON DONANTE NO EMPARENTADO de PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS, con o sin criopreservación (Módulo I)**, prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.- Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

2.- Habilitación de la Institución donde se realizará el trasplante.

3.- Habilitación del Equipo Médico de Trasplante.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de BÚSQUEDA de CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS de DONANTE NO RELACIONADO** por parte del INCUCAI (Módulo II), prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.-Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

2.-Habilitación de la Institución donde se realizará el trasplante.

3.-Habilitación del Equipo Médico de Trasplante.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de PROCURACIÓN de CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS de DONANTE NO RELACIONADO** por parte del **INCUCAI (Módulo III)**, prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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.-Resúmen de Historia Clínica firmada y sellada por médico transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.-Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

2.-Habilitación de la Institución donde se realizará el trasplante.

3.-Habilitación del Equipo Médico de Trasplante.

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.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. C.7.2.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de PROCURACIÓN de LINFOCITOS de DONANTE NO EMPARENTADO por parte del INCUCAI (Módulo IV)**, prescripto para pacientes con **Insuficiencia con Riesgo de Vida de uno o mas órganos o tejidos por Patologías Hematológicas / Oncológicas / Hereditarias / Inmunológicas**, 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 transplantólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, que avalen el cuadro que justifica el trasplante

2.-Informe psico-social, producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

3.-Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.-Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad.

2.-Habilitación de la Institución donde se realizará el trasplante.

3.-Habilitación del Equipo Médico de Trasplante.

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.