



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.1.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **Efavirenz (EFV) / Nevirapina (NVP) / Abacavir (ABC) / Lamivudina (3TC) / Tenofovir (TDF) / Zidovudina (AZT) / Emcitrabina (FTC) / Atazanavir (ATV) / Fosamprenavir (fAPV) / Lopinavir (LPV) / Saquinavir (SQV) / Didanosina (ddl) / Ritonavir (r)** prescripto para **VIH / SIDA – TRATAMIENTO INICIAL** 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 en **FORMULARIO ESPECÍFICO** firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** pacientes adulto o niños mayores de 18 meses con al menos una prueba de tamizaje por ELISA positiva para HIV y con un test confirmatorio por Western Blot, o métodos directos como la PCR cualitativa o cuantitativa. En niños menores de 18 meses se considera el diagnóstico con dos pruebas de PCR positivas para HIV. Comenzar tratamiento en **pacientes asintomáticos pero con recuento de CD4 menor a 500 o pacientes sintomáticos con cualquier valor de CD4.**
- Indicación del tratamiento** firmada y sellada por el médico especialista tratante.
Fundamentación del uso de la medicación indicada, dosis diaria y mensual.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (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 médico especialista tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Prueba de tamizaje por **ELISA** para HIV.
- Test confirmatorio por la metodología de **Western Blot** o métodos directos como la **PCR cualitativa o cuantitativa.**

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 MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.1.1.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **Efavirenz (EFV) / Nevirapina (NVP) / Abacavir (ABC) / Lamivudina (3TC) / Tenofovir (TDF) / Zidovudina (AZT) / Emcitabina (FTC) / Atazanavir (ATV) / Fosamprenavir (fAPV) / Lopinavir (LPV) / Saquinavir (SQV) / Didanosina (ddI) / Ritonavir (r) 7 Estavudina (d4t - STV)**, prescripto para **VIH / SIDA – MÓDULO 2 FALLO TERAPÉUTICO** 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 en FORMULARIO ESPECÍFICO firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Causas de toxicidad o falla, esquema de tratamiento previo realizado, determinación de Carga Viral y CD4 y/o Test de resistencia en caso de corresponder y las medidas terapéuticas adoptadas a fin de reducir los riesgos generados por la toxicidad. **Fundamentación del uso de la medicación indicada**, dosis diaria y mensual.

2.- Planilla de adherencia en formulario específico: En casos de discontinuación o tratamiento subóptimo, justificación de las causas firmada por el médico tratante.

3.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (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 médico especialista tratante; fecha de prescripción.

4.- Consentimiento Informado, firmado por médico e especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Determinación de Carga Viral y CD4.**
- Test de Resistencia.** Se utiliza el genotipo o fenotipo virtual. Se reconocerán hasta tres (3) Tests de Resistencia, a ser utilizados según criterio médico.

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 MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.1.1.3.

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

Se informa a Ud. que ,con el fin de realizar la solicitud **Enfuvirtide (t20) / Raltegravir (RAL) / Darunavir (DNV) / Tipranavir (TPV) / Etravirina (ETV) / Maraviroc (MRV)**, prescripto para **VIH / SIDA – MÓDULO 3 MULTIFALLO TERAPÉUTICO** 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 en **FORMULARIO ESPECÍFICO** firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:**. Causas de toxicidad o falla, esquema de tratamiento previo realizado, determinación de Carga Viral y CD4 y/o Test de resistencia en caso de corresponder y las medidas terapéuticas adoptadas a fin de reducir los riesgos generados por la toxicidad. **Fundamentación del uso de la medicación indicada**, dosis diaria y mensual.
-

2.- Planilla de adherencia en formulario específico: En casos de discontinuación o tratamiento subóptimo, justificación de las causas firmada por el médico tratante.

3.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (código, nº 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 médico especialista tratante; fecha de prescripción.

4.- Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Determinación de Carga Viral y CD4.**
- Test de Resistencia.** Se utiliza el genotipo o fenotipo virtual. Se reconocerán hasta tres (3) Tests de Resistencia, a ser utilizados según criterio médico.

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 MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.1.1.4.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **Zidovudina (AZT) y/o PCR de seguimiento del recién nacido** prescripto para **tratamiento de VIH / SIDA durante el parto o para el recién nacido**, 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 en FORMULARIO ESPECÍFICO firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad** de la madre, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Historia Clínica perinatal con datos de seguimiento del recién nacido,

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (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 médico especialista tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

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 MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.1.1.5.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL / PENTAMIDINA/ACICLOVIR/GANCICLOVIR/VALGANCICLOVIR/FLUCONAZOL/CASPONFUNGIN / VORICONAZOL / ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO o LIPOSOMAL / ITRACONZAOL**, prescripto para **VIH / SIDA – MÓDULO 5 VIH/SIDA INFECCIONES OPORTUNISTAS** 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 en FORMULARIO ESPECÍFICO firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: Causas que justifique la utilización terapéutica de la medicación indicada o su alternativa, dosis diaria y mensual.

2.-Planilla de adherencia en formulario específico: En casos de discontinuación o tratamiento subóptimo, justificación de las causas firmada por el médico tratante.

3.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (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 médico especialista tratante; fecha de prescripción.

4.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Análisis Clínicos
- Determinación de Carga Viral y CD4.**

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 INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS:

Form. C.1.1.6.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CARGA VIRAL (CV), RECuento DE CD4 (CD4) o TEST de RESISTENCIA** prescripto para **VIH / SIDA – MÓDULO 6 de Seguimiento para paciente infectado con VIH/SIDA** 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 en FORMULARIO ESPECÍFICO firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.

2.-Planilla de adherencia en formulario específico: En casos de discontinuación o tratamiento subóptimo, justificación de las causas firmada por el médico tratante.

3.-Solicitud de Carga Viral (CV), Recuento de CD4 (CD4) o Test de Resistencia: Para el caso de la **Carga Viral** y **Recuento de CD4** se utilizarán en el seguimiento de pacientes con VIH bajo esquema de tratamiento con terapia antiviral o previos a la decisión de iniciar tratamiento. El **Test de Resistencia** se utilizará para la decisión de rotar el esquema ante los escenarios de fallo y multifallo, utilizando el genotipo o el fenotipo virtual.

4.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico.

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.