



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.1.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **AGALSIDASA BETA** prescrito para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD DE FABRY**, 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 especialista tratante:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico basado en la disminución de la actividad de la enzima Alfa Galactosidasa en sangre
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con manifestaciones renales o con manifestaciones severas no renales, u Hombres homocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry clásica
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación otros tratamientos, firmada y sellada por profesional tratante

**2.-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 médico tratante; fecha de prescripción.

**3.-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:** con dosaje de Alfa Galactosidasa en sangre.

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. M.1.1.2.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **AGALSIDASA ALFA** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD DE FABRY**, 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**, con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico basado en la disminución de la actividad de la enzima Alfa Galactosidasa en sangre
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: Pacientes con manifestaciones renales o con manifestaciones severas no renales, u Hombres homocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry clásica.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación otros tratamientos, firmada y sellada por profesional tratante

**2.-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 médico tratante; fecha de prescripción.

**3.-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**: con dosaje de Alfa Galactosidasa en sangre.

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.