



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.1.2.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **IMIGLUCERASA** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I o III**, 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:

- 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 Glucocerebrosidasa en sangre
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes adultos y pediátricos con disminución en la actividad de la enzima Glucocerebrosidasa, con Terapia de sustitución enzimática a largo plazo con diagnóstico confirmado de enfermedad de **Gaucher no Neuropática (tipo 1) o Neuropática Crónica (tipo 3)** que presenten además manifestaciones no Neurológicas como **Anemia** tras descartar otras causas como déficit de hierro; **Trombocitopenia**; **Enfermedad ósea** tras exclusión de otras causas como déficit de Vitamina D; **Hepatomegalia** o **Esplenomegalia**.
- 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 Glucocerebrosidasa 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.1.2.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **VELAGLUCERASA ALFA** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I**, 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:

- 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 Glucocerebrosidasa en sangre
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes adultos y pediátricos con disminución en la actividad de la enzima Glucocerebrosidasa, con Terapia de sustitución enzimática a largo plazo con diagnóstico confirmado de enfermedad de **Gaucher no Neuropática (tipo 1)** que presenten además manifestaciones no Neurológicas como **Anemia** tras descartar otras causas como déficit de hierro; **Trombocitopenia**; **Enfermedad ósea** tras exclusión de otras causas como déficit de Vitamina D; **Hepatomegalia** o **Esplenomegalia**.
- 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 Glucocerebrosidasa 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.