



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.1.4.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PANCREATINA** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS**, 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 con los cuales se arribó al diagnóstico de certeza y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada como **Complemento Nutricional** en pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico confirmado de Enfermedad Fibroquística del Páncreas, con **Test del sudor anormal** (Cloro > 60 mEq/L), con una segunda prueba que lo confirme, o **Estudio molecular que documente la presencia de mutaciones del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR)**, o demostración de **diferencia de potencial nasal transepitelial anormal**. Si el test de sudor es normal o con valores limítrofes se debe confirmar el diagnóstico sólo con el estudio molecular, debiendo estar presente dos mutaciones para arribar al diagnóstico. .
- 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:

- Test del Sudor.**
- Estudio molecular del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana.**
- Estudio de Diferencia de potencial nasal transepitelial.**

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.1.4.2.

Sr./ Sra. Afiliado de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **RNAsa HUMANA o Dnasa RECOMBINANTE HUMANA o DORNASA ALFA** prescrito para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS**, 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 con los cuales se arribó al diagnóstico de certeza y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en pacientes con diagnóstico confirmado de Fibrosis Quística para mejorar la función pulmonar, en pacientes con una CVF \geq de 40% del valor teórico para reducir el riesgo de infecciones del tracto respiratorio graves.
- 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:

- Test del Sudor.**
- Estudio molecular del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana.**
- Estudio de Diferencia de potencial nasal transepitelial.**
- Espirometría.**

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.1.4.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TOBRAMICINA** prescripto para el tratamiento de la patología **ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS**, 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 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 con los cuales se arribó al diagnóstico de certeza y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en pacientes con diagnóstico confirmado de Fibrosis Quística, y **Neumonías por Pseudomonas Aeruginosa**, para lo cual se deberá adjuntar el resultado del cultivo y antibiograma del esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.
- 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:

- Test del Sudor.**
- Estudio molecular del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana,**
- Estudio de Diferencia de potencial nasal transepitelial.**
- Endoscopia respiratoria con cepillado bronquial, cultivo y ATB.**

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.