



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TEMOZOLOMIDA** prescrito para el tratamiento de la patología **GLIOMA DE ALTO GRADO (ASTROCITOMA ANAPLÁSICO / GLIOBLASTOMA RECIDIVANTE)**, 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 Oncólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, detalle de estadio evolutivo, estudios complementarios, estadificación e informe de Anatomía Patológica. Si corresponde deberá incluir protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en pacientes para tratamiento de **Glioblastoma de alto grado (Glioblastoma Multiforme o Astrocitoma Anaplásico)** recurrente inoperable, con buen estado funcional (ECOG menor a 2), con una expectativa de vida mayor a 1 año al momento de iniciar el tratamiento.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia

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 Oncólogo 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:

- Informe de Anatomía Patológica.**

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.2.2.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TEMOZOLOMIDA** prescripto para el tratamiento de la patología **GLIOBLASTOMA MULTIFORME**, 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 Oncólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, detalle de estadio evolutivo, estudios complementarios, estadificación e Informe de Anatomía Patológica. Si corresponde deberá incluir protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado para tratamiento de pacientes adultos con Glioblastoma Multiforme recientemente diagnosticado, en forma concomitante con radioterapia y luego como tratamiento de mantenimiento.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia

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 Oncólogo 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:

- Informe de Anatomía Patológica.**

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.2.2.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **BEVACIZUMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **GLIOBLASTOMA MULTIFORME**, 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 Oncólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, detalle de estadio evolutivo, estudios complementarios, estadificación e Informe de Anatomía Patológica. Si corresponde deberá incluir protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado para tratamiento de pacientes adultos con **Glioblastoma Multiforme en su primera o segunda recidiva, luego de un tratamiento con Temozolomida y radioterapia, como monoterapia o en combinación con Irinotecan, con una expectativa de vida mayor a 12 semanas y con estado funcional ECOG 0-1.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia

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 Oncólogo 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:

- Informe de Anatomía Patológica.**

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.