



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. F.1.1.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO DE PREIMPLANTE COCLEAR** prescrito para pacientes con **HIPOACUSIAS DE DIFERENTES ORIGENES**, 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 Otorronolaringólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico: 1. Prelinguales:** Desde los doce meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial)** con profunda pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); desde los veinticuatro meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial) severa a profunda**, con pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); el uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como **Osificación Coclear Postmeningitis**; en Prelinguales de más de seis años los resultados dependerán de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog. **2. Postlinguales:** hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con **Hipoacusias Severas a Profundas** con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral; en Hipoacusias Progresivas el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

2.- Indicación Médica de : Audiometría, B.E.R.A., Entrenamiento en lectura labial en los casos que la requieran, Estimulación eléctrica del promontorio, Evaluación psicológica, Exámen vestibular, Impedanciometría, Logoaudiometría, Otoemisiones acústicas, Selección de Otoamplifonos, Timpanometría.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

- 1.- **Estudios médicos: Exámen otológico; Estudios por imágenes (TAC/RMN); Exámen prequirúrgico.**
- 2.- **Estudios psicológicos.**
- 3.- **Estudios neurolingüísticos**
- 4.- **Estudios psicopedagógicos** que incluyan profesionales en contacto con el paciente, docentes y rehabilitadora a los fines de evaluar pronóstico y expectativas con devolución familiar.

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. F.1.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS IMPLANTABLE COCLEAR y MÓDULO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE IMPLANTE** prescrito para pacientes con **HIPOACUSIAS DE DIFERENTES ORÍGENES**, 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 Otorronolaringólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico: 1. Prelinguales:**
Desde los doce meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial)** con profunda pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); desde los veinticuatro meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial) severa a profunda**, con pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); el uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como **Osificación Coclear Postmeningitis**; en Prelinguales de más de seis años los resultados dependerán de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog. **2. Postlinguales:** hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con **Hipoacusias Severas a Profundas** con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral; en Hipoacusias Progresivas el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

2.-Solicitud del Implante Coclear firmada y sellada por el Jefe del Servicio.

3.-Solicitud del Módulo Quirúrgico.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.- Estudios correspondientes al Módulo de Preimplante realizados.

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. F.1.1.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO DE SEGUIMIENTO POST QUIRÚRGICO DE IMPLANTE COCLEAR** prescripto para pacientes con **HIPOACUSIAS DE DIFERENTES ORÍGENES**, 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 Otorronolaringólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico: 1. Prelinguales:** Desde los doce meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial)** con profunda pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); desde los veinticuatro meses de edad con **Hipoacusia Perceptiva (Neurosensorial) severa a profunda**, con pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps); el uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como **Osificación Coclear Postmeningitis**; en Prelinguales de más de seis años los resultados dependerán de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog. **2. Postlinguales:** hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con **Hipoacusias Severas a Profundas** con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral; en Hipoacusias Progresivas el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

2.-Solicitud de: Calibraciones (las necesarias), incluyendo Evaluación Audiológica, de Percepción del Habla y Orientación Familiar, que incluye supervisión del profesional rehabilitador; Rehabilitación y adiestramiento Auditivo; Evaluación Psicológica y Apoyo Psicoterapéutico. Para los tres meses posteriores al Implante Coclear.

3.-Protocolo del Procedimiento y Certificado de Implante.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. F.1.1.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **RECAMBIO DEL PROCESADOR DEL HABLA** prescripto para pacientes con **HIPOACUSIAS DE DIFERENTES ORÍGENES**, 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 Otorronolaringólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** deberán acreditar los estudios Audiológicos necesarios para comprobar la disfunción del procesador con firma del profesional interviniente y del No podrá invocarse el recambio del procesador en forma anticipada por defectos de fabricación

2.-Solicitud del Procesador del Habla firmada y sellada por el Jefe del Servicio.

3.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. F.1.1.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **AUDÍFONO DE IMPLANTACIÓN ÓSEA (BAHA)** prescrito para pacientes con **HIPOACUSIAS DE DIFERENTES ORÍGENES**, 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 Otorronolaringólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con indicación de audífonos en los cuales no pueden ser utilizados los convencionales por padecer **Malformación del pabellón auricular (microtía, agenesia) y del oído medio; Infecciones a repetición; Dermatitis ocasionada por audífonos convencionales que no responden al tratamiento médico y Cualquier condición médicamente justificada que contraindique el uso de audífonos externos.**

2.-Solicitud Audífono de Implantación Ósea (BAHA) firmada y sellada por el Jefe del Servicio.

3.-Solicitud del Módulo Quirúrgico.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1. Estudios audiológicos:

- **Otoemisiones acústicas.**
- **B.E.R.A (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral).**
- **Audiometría tonal a campo libre (oídos por separado con y sin audífonos).**
- **Timpanometría y reflejos estapediales.**
- **Test de percepción de los sonidos del habla (oídos por separados con y sin audífonos).**
- **Logaudiometría en adultos y evaluación de bisílabas y frases.**
- **Selección de audífonos.**

2.-Estudios médicos:

- **Exámen otológico.**
- **Estudios por imágenes (TAC y, eventualmente, RMN).**
- **Exámen prequirúrgico**

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.