



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. P.1.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **COPOLÍMERO (GLATIRAMER ACETATO)** prescrito para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Estado evolutivo y forma clínica: a) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo sin necesitar datos adicionales para el diagnóstico; b) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión, debiendo demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM Periventricular, Yuxtacortical, Médula espinal o Infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC; c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones, se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico; d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado), debiendo demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) Progresión Neurológica insidiosa sugestiva de EM, debiendo demostrar los criterios de EM descritos anteriormente. Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en tratamiento de pacientes que han experimentado **un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida, o en pacientes con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Biopsia, si corresponde.**

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. P.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **FINGOLIMOD** prescrito para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Estado evolutivo y forma clínica: a) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo sin necesitar datos adicionales para el diagnóstico; b) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión, debiendo demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM Periventricular, Yuxtacortical, Médula espinal o Infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC; c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones, se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico; d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado), debiendo demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) Progresión Neurológica insidiosa sugestiva de EM, debiendo demostrar los criterios de EM descritos anteriormente. Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Forma remitente recurrente muy activa para pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta, pacientes con EM remitente recurrente grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente..**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Biopsia, si corresponde.**
- 

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. P.1.1.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INTERFERON BETA 1 a** prescripto para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Estado evolutivo y forma clínica: a) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo sin necesitar datos adicionales para el diagnóstico; b) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión, debiendo demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM Periventricular, Yuxtacortical, Médula espinal o Infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC; c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones, se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico; d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado), debiendo demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) Progresión Neurológica insidiosa sugestiva de EM, debiendo demostrar los criterios de EM descritos anteriormente. Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Forma remitente recidivante, o pacientes con un único acontecimiento Desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de Esclerosis Múltiple definida clínicamente..**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Biopsia, si corresponde.**
- 

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. P.1.1.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INTERFERON BETA 1 b** prescripto para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Estado evolutivo y forma clínica: a) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo sin necesitar datos adicionales para el diagnóstico; b) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión, debiendo demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM Periventricular, Yuxtacortical, Médula espinal o Infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC; c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones, se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico; d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado), debiendo demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) Progresión Neurológica insidiosa sugestiva de EM, debiendo demostrar los criterios de EM descritos anteriormente. Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años, o en Forma secundaria progresiva clínicamente activa, o en pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente..**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Biopsia, si corresponde.**
- 

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. P.1.1.5.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TERIFLUNOMIDA** prescripto para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Estado evolutivo y forma clínica: a) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo sin necesitar datos adicionales para el diagnóstico; b) Como mínimo 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión, debiendo demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM Periventricular, Yuxtacortical, Médula espinal o Infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC; c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones, se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico; d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado), debiendo demostrar DIT y DIS descritos anteriormente; e) Progresión Neurológica insidiosa sugestiva de EM, debiendo demostrar los criterios de EM descritos anteriormente. Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años..**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Biopsia, si corresponde.**

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. P.1.2.1.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **RILUZOLE** prescripto para el tratamiento de la patología **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**, 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 Neurólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** caracterizada por la **presencia** de **Degeneración del tipo de neurona motora inferior**, por examen clínico, electrofisiológico o neuropatológico, **Degeneración de neurona motora superior** por examen clínico, **Extensión progresiva** de los síntomas o signos dentro de una región o de otras regiones, determinados por medio de la historia clínica o exploración física. Asimismo por la **ausencia** de evidencia electrofisiológica o patológica de otra enfermedad o proceso que pueda explicar los signos de degeneración de neurona motora superior o inferior y de Neuroimagen de otro proceso o enfermedad que pueda explicar los signos clínicos y electrofisiológicos explicados. Se deberá presentar detalle del cuadro evolutivo, exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza y Exámen funcional respiratorio
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada para el **tratamiento para prolongar la vida o el tiempo hasta la instauración de la ventilación mecánica en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica**.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada.

**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 Neurólogo 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 que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio.**
- Estudios de Imágenes.**
- Exámen Funcional Respiratorio.**

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.