



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.3.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA ENDOVENOSA** prescripto para el tratamiento de la patología **HIPOGAMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA**, 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 detalle de cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico en los cuales se demuestre alguna alteración en la inmunidad a través de exámenes de laboratorio (hemograma, recuento de glóbulos blancos, proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, CD19, CD4, CD8, células natural killer, o alteraciones en la citometría de flujo).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de Pacientes con diagnóstico de **Inmunodeficiencia Secundaria tales como el Mieloma Múltiple o Leucemia Linfática Crónica con Hipogamaglobulinemia severa y recidivas de infecciones bacterianas, infección de HIV por transmisión perinatal con recidivas de infecciones bacterianas.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis / 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 especialista 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: Hemograma completo, Proteinograma, Dosaje de Inmunoglobulinas, CD 19, CD4, CD8, células Natural Killer, Citometría de Flujo.**

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.