



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.5.2.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **HORMONA DE CRECIMIENTO o SOMATOTROFINA** prescripto para el tratamiento de la patología **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA INFANCIA**, 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 del cuadro clínico; Constancia de diagnóstico de Insuficiencia Renal, con detalle de tratamiento dialítico, si correspondiese. Tabla de crecimiento pondoestatural. Edad ósea.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada para tratamiento de pacientes pediátricos con **Filtrado glomerular menor a 90 ml/min. No se autorizará la medicación solicitada en casos de niños con baja estatura idiopática; o niños que estén recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones; b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento; c) cierre de los cartílagos de crecimiento**
- 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 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 que avalen el diagnóstico:

- Filtrado Glomerular.**

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.