



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.5.7.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **POSACONAZOL** prescripto para el tratamiento de la patología **TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE MICOSIS SISTÉMICA**, 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 proceso infeccioso o contexto clínico que fundamente el uso del medicamento. Esquemas terapéuticos ensayados previamente con respuesta obtenida.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en pacientes mayores de 13 años con **Aspergilosis invasiva en pacientes con enfermedad resistente a Anfotericina B, Itraconazol, o Voriconazol o en pacientes que son intolerantes a estos medicamentos; Candiadis esofágica, orofaríngea o Candidemia en pacientes con enfermedad resistente a la Anfotericina B, Fluconazol o Itraconazol o pacientes que no toleren estos medicamentos; Fusariosis, Zygomycosis, Criptococosis, Cromoblastomicosis y Micetoma en pacientes con enfermedad resistente a otras terapias o intolerantes a las mismas; Coccidiomicosis; Profilaxis en pacientes que estén recibiendo quimioterapia de remisión-inducción para Leucemia Mieloide Aguda (LMA) o Síndromes Mielodisplásicos (SMD), que se espera que desarrollen neutropenia prolongada y que presentan alto riesgo de desarrollar infecciones fúngicas invasivas; Profilaxis en receptores de Transplante de Células Madre Hematopoyéticas (TCMH) que están recibiendo dosis altas de terapia inmunosupresora para la enfermedad injerto contra huésped, y que presentan alto riesgo de desarrollar infecciones fúngicas invasivas.**
- 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:

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.