



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.4.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **AZATIOPRINA** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Transplantes, de por vida del paciente.**
- 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.

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. M.4.1.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **BELATACEPT** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes **adultos** con Drogas inmunodepresoras **en la etapa posterior o concomitante a la realización del Trasplante de Riñón, con serología positiva para el virus Epstein-Barr (EBV+) de por vida del paciente.**
- 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.

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. M.4.1.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CICLOSPORINA** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas Inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide.**
- 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.

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. M.4.1.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MICOFELONATO o MICOFELONATO MOFETIL o MICOFELONATO SÓDICO** prescrito para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Transplantes, de por vida del paciente.**
- 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.

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. M.4.1.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SIRULIMUS** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Trasplantes, de por vida del paciente.**
- 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.

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. M.4.1.6.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TACROLIMUS** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Transplantes, de por vida del paciente. Para Trasplante de riñón, hígado o corazón.**
- 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.

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. M.4.1.7.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **EVEROLIMUS** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas Inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide.**
- 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.

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. M.4.1.8.

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 **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Drogas Inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los Trasplantes. Para rechazo vascular agudo.**
- 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.

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. M.4.1.9.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TIMOGLOBULINA o INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITO HUMANA** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosis.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes con **Enfermedad Injerto contra Huésped Aguda corticorresistente**.
- 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.

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. M.4.1.10.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **VALGANCICLOVIR** prescripto para el tratamiento de la patología **RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO**, 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 que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga / dosi y serología para CMV del donante y receptor.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada para **Prevención de la enfermedad por Citomegalovirus (CMV) en pacientes receptores de Trasplantes de órganos sólidos, tejidos o células, que se encuentran en condiciones de riesgo de contraer dicha enfermedad.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta / asociaciones a otras drogas.

2.-Constancia del Trasplante.

3.-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.

4.-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:

- Serologías para CMV del donante y del receptor**

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.