



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

**Form. M.5.6.1.**

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 **SÍNDROME DE TURNER**, 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. Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo. Estudio Genético. Tabla de crecimiento pondero-estatural. Edad ósea.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en **niñas con baja talla, linfedema de manos y pies, cuello alado, línea de implantación del cabello baja en el cuello y cúbito valgo**, confirmado mediante un cariotipo (el genotipo más común es el 45 X). **No se autorizará 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 mujeres 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:

- Nivel sérico de Hormona de Crecimiento.**
- Cariotipo**

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.