



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.1.5.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **LARONIDASA** prescrito para el tratamiento de la patología **MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I**, 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.-Resúmen 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 cuadro clínico, con cuadro clínico, con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en pacientes con diagnóstico confirmado de Mucopolisacaridosis I por **actividad disminuída de la enzima a-L-iduronidasa**. Pueden ser pacientes con Subtipo Hurler, Subtipo Hurler-Scheie, Subtipo Scheie y síntomas moderados a severos.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación otros tratamientos, firmada y sellada por profesional tratante

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 médico 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:

- Dosaje de la enzima a-L-iduronidasa.**

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.1.6.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **IDURSULFASA o IDURSULFASE** prescripto para el tratamiento de la patología **MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II**, 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.-Resúmen 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 cuadro clínico, con cuadro clínico, con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en pacientes con diagnóstico confirmado por **actividad disminuída de la enzima Iduronato sulfatasa con fenotipo leve. No se otorgará tratamiento en formas graves o avanzadas en las cuales no se observa beneficios significativos y en pacientes con daño neurológico o cognitivo severo.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación otros tratamientos, firmada y sellada por profesional tratante

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 médico 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:

- Dosaje de la enzima Iduronato Sulfatasa.**

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.1.7.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **GALSULFASA o GALSULFASE** prescrito para el tratamiento de la patología **MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI**, 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 cuadro clínico, con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en pacientes con diagnóstico confirmado de Mucopolisacaridosis VI por **actividad disminuída de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa**, en casos de daño de órgano blanco, cumpliendo uno de los siguientes criterios:
 - Apneas del sueño**, más de 1 evento/hora en menores de 18 años o más de 5 eventos/hora en mayores de 18 años; **Saturación de oxígeno nocturna** menor a 92% en menores de 18 años o menor a 85% en mayores de 18 años, con capacidad vital forzada (CVF) menor a 80% del predictivo para la edad; **Caminar menos de 350 m en test de caminata de 6 minutos y/o Deterioro de función sistólica del ventrículo izquierda (VI)**.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación otros tratamientos, firmada y sellada por profesional tratante

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 médico 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:

- Dosaje de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa.**

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.