



### INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. L.2.4.1.

Sr./ Sra. Afiliado 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 **PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA**, 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 **Hematólogo**:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y descartando otras causas de trombocitopenia; tratamientos instituidos previamente, detallando la droga, dosis, tiempo y respuesta.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: Pacientes con **Síndrome purpúrico con recuento plaquetario menor de 20.000 / dl**, en **ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante y patología sistémica de base**, con **Megacariocitos normales o aumentados en médula ósea**, en los cuales se requiera una respuesta rápida por hemorragia severa aguda o alto riesgo de la misma; o se hubiere programado una intervención quirúrgica y sea necesario incrementar el número de plaquetas.
- 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 Hematólogo 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:

- Análisis Clínicos**: con Hemograma completo.
- Anatomía Patológica**, en caso de **Punción-biopsia de Médula Ósea**.

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. L.2.4.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ROMIPLOSTIN** prescripto para el tratamiento de la patología **PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA**, 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 **Hematólogo**:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y descartando otras causas de trombocitopenia; tratamientos instituidos previamente, detallando la droga, dosis, tiempo y respuesta, con demostración de su fracaso.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: Pacientes adultos con **Púrpura Trombocitopénica Idiopática Crónica** en quienes el tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides o la esplenectomía no lograron respuesta.
- Protocolo Quirúrgico de la Esplenectomía**, si ha sido realizada.
- 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 Hematólogo 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:

- Análisis Clínicos**: con Hemograma completo.
- Anatomía Patológica**, en caso de **Punción-biopsia de Médula Ósea**.

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.