



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 **INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA ENDOVENOSA** prescripto para el tratamiento de la patología **SÍNDROME DE KAWASAKI**, 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 con 5 de los siguientes criterios: **Fiebre persistente** durante 5 días o más; **Extremidades periféricas con enrojecimiento** de palmas y plantas y edema indurado en su fase inicial y **descamación membranosa** en la punta de los dedos en su fase de convalecencia; **Exantema polimorfo**; **Congestión conjuntival bilateral**; **Enrojecimiento de los labios y lengua de fresa** con inyección difusa de la mucosa oral y faríngea; **Linfadenopatía cervical aguda** no purulenta.
- 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:

- 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.