



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. G.2.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL** prescripto para pacientes con **INCONTINENCIA URINARIA**, 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 el Jefe del Equipo Multidisciplinario actuante:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente tipo y severidad de la incontinencia y el Estudio Urodinámico que determine la causa de la incontinencia y valore el tipo de tratamiento a efectuar, confirmando o no la existencia de una disfunción vesical o esfinteriana durante la fase de llenado y establece si hay obstrucción durante la micción.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con **Incontinencia urinaria severa que afecta su calidad de vida, Incontinencia secundaria a Prostatectomía radical, Disfunción esfinteriana intrínseca secundaria a fractura pélvica, lesión de la Médula Espinal, Vejiga Neurogénica, Reconstrucción uretral o con Radioterapia previa.**

2.-Solicitud del Esfínter Urinario Artificial, con descripción técnica, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.-Solicitud del Módulo Quirúrgico.

4.-Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.- Exámenes de Laboratorio que descarten infección urinaria activa.

2.- Estudio Urodinámico.

3.- Estudios Prequirúrgicos.

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. G.2.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **HIALURONATO de SODIO para INSTILACIÓN VESICAL** prescripto para pacientes con **ENFERMEDAD GENITOURINARIA / CISTITIS**, 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 el Jefe del Equipo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente el cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico y esquema terapéutico previo instituido.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes adultos con diagnóstico de **Cistitis Secundaria a Radioterapia** o con diagnóstico de **Cistitis Intersticial y Reducción de la Capacidad Urinaria**. Justificación médica de la utilización del producto solicitado, informando dosis a utilizar, tiempo y respuesta esperada.

2.- Solicitud del Hialuronato de Sodio, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

1.- Exámenes de Laboratorio.

2.- Urocultivo.

3.- Exámenes de imágenes que descarten otras causas de cistitis.

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.