



INSTRUCTIVO PARA GESTIÓN DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. C.2.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO DE APOYO**, prescripto para **el tratamiento de FENILCETONURIA**, 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 médico tratante:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle evolutivo y fundamentos diagnósticos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: Niveles de fenilalanina en plasma superiores a los 6 mg/dl, descartando otras causas de fenilalaninemia.

2.-Detalle del tratamiento dietario y suplementario

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico.

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.