



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.11.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CETUXIMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**, 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 Oncólogo:

- ☐ **Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- ☐ **Antecedentes de la enfermedad**, con descripción del cuadro clínico y estadio evolutivo, Biopsia, Estadificación, Tratamientos previos: protocolo quirúrgico; radioterapia: protocolo de radioterapia. Esquema utilizado: dosis, tiempo y asociación a otros antineoplásicos.
- ☐ **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de pacientes adultos con Tumores de Células Escamosas (Epiteliales) de Cabeza y Cuello en estadios avanzados (enfermedad irresecable), con buen estado funcional: a) en combinación con Radioterapia para la enfermedad localmente avanzada; b) en combinación con quimioterapia basada en Platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica; c) como agente único ante el fracaso de la quimioterapia previa.
- ☐ **Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.

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 Oncólogo 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:

- ☐ **Informe de Anatomía Patológica.**

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.