



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.13.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **OCTREOTIDA u OCTREOTIDE** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER HIPOFISARIO PRODUCTOR DE SOMATOTROFINA**, 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 detalle del cuadro de presentación y localización del tumor; exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza; Estadificación y Biopsia y Niveles de Somatostatina. Tratamientos previos efectuados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de pacientes con **Cáncer Hipofisario productor de Somatotrofina para el control de síntomas leves a moderados..**
- 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.**
- Niveles de Somatostatina.**

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. M.2.13.2.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **LANREOTIDA u LANREOTIDO** prescrito para el tratamiento de la patología **CÁNCER HIPOFISARIO PRODUCTOR DE SOMATOTROFINA**, 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.-Resúmen 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 detalle del cuadro de presentación y localización del tumor; exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza; Estadificación y Biopsia y Niveles de Somatostatina. Tratamientos previos efectuados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en tratamiento de pacientes con **Cáncer Hipofisario productor de Somatotrofina para el control de síntomas leves a moderados.**
- 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.**
- Niveles de Somatostatina.**

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.