



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

**Form. M.2.5.1.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **BEVACIZUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER 2 neu.  
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 para tratamiento de pacientes adultos **en combinación con Paclitaxel o Capecitabina como primera línea del Cáncer de Mama Metastático cuando otras opciones no sean apropiadas.**
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del HER 2 neu**

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.2.5.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **FULVESTRANT** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales. 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 para tratamiento de pacientes postmenopáusicas con **Cáncer de Mama localmente avanzado o metastásico y con receptor estrogénico positivo** (actualizado si realizó tratamientos previos) cuya enfermedad **ha recidivado durante o después del tratamiento adyuvante con Antiestrógenos**, o bien, cuya enfermedad **ha progresado pese a un tratamiento Antiestrogénico**.
- 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.**
- Receptores Hormonales.**

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.2.5.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **IXABEPILONA** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales. 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 combinación con Capecitabina en tratamiento de Cáncer de Mama metastático o localmente avanzado resistente al tratamiento con Antraciclina y un Taxano o resistente a Antraciclina y contraindicado el uso de Taxano**. También como **monoterapia para el tratamiento del Cáncer de Mama metastático o localmente avanzado en pacientes resistentes o refractarios a Taxanos, Capecitabina y Antraciclina**
- 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.**
- Receptores Hormonales.**

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.2.5.4.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **LAPATINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER2 neu. 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 para pacientes adultas en las que se presume una **sobrevida mayor a los 4 meses** al momento de iniciar el tratamiento y **sin metástasis cerebrales sintomáticas en combinación con Capecitabina para cáncer de mama avanzado o en estado metastásico cuyos tumores sobreexpresan ErbB2 y con terapia previa incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab.**  
También **con Letrozol para mujeres post-menopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo que sobreexpresa el receptor ErbB2 para las cuales está indicado el tratamiento hormonal.**  
También **con trastuzumab en pacientes con enfermedad metastásica y receptor hormonal negativo que han progresado durante tratamiento(s) previo(s) de trastuzumab en combinación con quimioterapia**
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del receptor HER2 neu**

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.2.5.5.**

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

Se informa a Ud. que , con el fin de realizar la solicitud de **EVEROLIMUS** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER2 neu. 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 para tratamiento de pacientes adultas con diagnóstico de Cáncer de Mama avanzado (estadio IV), con receptores hormonales positivos y HER2 neu negativo, que hubieran recibido tratamiento previo con inhibidores de Aromatasa, con enfermedad progresiva con una sobrevida estimada mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento, sin presencia de metástasis cerebrales sintomáticas.
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del receptor HER2 neu**

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.2.5.6.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PERTUZUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER2 neu. 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 combinación con trastuzumab y docetaxel para tratamiento de pacientes adultas con Cáncer de Mama localmente recidivante, irreseccable o metastásico HER2 positivo, que no han recibido tratamiento previo anti-HER2 o quimioterapia para la enfermedad metastásica.
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del receptor HER2 neu**

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.2.5.7.**

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

Se informa a Ud. que ,con el fin de realizar la solicitud de **TRASTUZUMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER2 neu. 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 para el tratamiento de pacientes con **Ca. de Mama precoz con HER2 positivo**, **después de cirugía, quimioterapia** (adyuvante o neoadyuvante) y **radioterapia** si corresponde; o después de quimioterapia adyuvante con Doxorubicina y Ciclofosfamida, en combinación con **Paclitaxel** o **Docetaxel**; en combinación con quimioterapia adyuvante consistente en **Docetaxel** y **Carboplatino**; o en combinación con **quimioterapia neoadyuvante** seguido de tratamiento en adyuvancia para enfermedad localmente avanzada (incluyendo enfermedad inflamatoria) o tumores mayores de 2 cm de diámetro. También indicado para el tratamiento de pacientes con **Ca. de Mama Metastásico** como monoterapia para pacientes que recibieron al menos dos regímenes quimioterápicos para su enfermedad metastásica, incluyendo por lo menos, una antraciclina y un taxano, excepto que los mismos no estén indicados en tales pacientes; o en combinación con **Paclitaxel** para el tratamiento de pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásica y cuando no está indicado un tratamiento con antraciclina; o en combinación con **Docetaxel** para el tratamiento de pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásica, o en combinación con un inhibidor de la **Aromatasa** para el tratamiento de pacientes posmenopáusicas con Ca. de Mama metastásico y receptor hormonal positivo, sin tto. previo con trastuzumab.
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del receptor HER2 neu**

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.2.5.8.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TRASTUZUMAB EMTANSINA (TDMI-1)** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE MAMA**, 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, Biopsia, Estadificación, Receptores hormonales, Expresión del receptor HER2 neu. 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 como monoterapia para el tratamiento de pacientes con **Cáncer de Mama no resecable, localmente avanzado o metastático HER2 positivo, que han recibido previamente tratamiento con trastuzumab y un taxano.**
- 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.**
- Receptores Hormonales.**
- Expresión del receptor HER2 neu**

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.