Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.7.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ERLOTINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PÁNCREAS,** 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 descripción del cuadro clínico y estadío evolutivo, Biopsia, Estadificación, Tratamientos previos: protocolo quirúrgico; radioterapia: protocolo de radioterapia. Esquema utilizado: dosis, tiempo y asociación a otros antineoplásicos. Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado para el tratamiento de primera línea en pacientes con **Cáncer de Páncreas localmente avanzado, no resecable o metastático, en combinación con gemcitabina.**
- **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, Nº de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley Nº 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.

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.7.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SUNITINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PÁNCREAS,** 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 descripción del cuadro clínico y estadío evolutivo, Biopsia, Estadificación, Tratamientos previos: protocolo quirúrgico; radioterapia: protocolo de radioterapia. Esquema utilizado: dosis, tiempo y asociación a otros antineoplásicos. Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado para el tratamiento de pacientes con **Tumores Neuroendócrinos Pancreáticos Bien Diferenciados, no resecables, localmente avanzados o metastásicos, con progresión de la enfermedad.**
- **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, Nº de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley Nº 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.

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.7.3.

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 PÁNCREAS,** 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 descripción del cuadro clínico y estadío evolutivo, Biopsia, Estadificación, Tratamientos previos: protocolo quirúrgico; radioterapia: protocolo de radioterapia. Esquema utilizado: dosis, tiempo y asociación a otros antineoplásicos. Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado para el tratamiento de pacientes **mayores de 18 años, con diagnóstico de Tumor Neuroendócrino de orígen Pancreático (PNET), Bien o Moderadamente Diferenciado, irresecable, localmente avanzado o metastásico, con una sobrevida estimada mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento, que no presenten 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, Nº de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley Nº 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.

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.7.4.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **NAB PACLITAXEL** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PÁNCREAS,** 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 descripción del cuadro clínico y estadío evolutivo, Biopsia, Estadificación,. Tratamientos previos: protocolo quirúrgico; radioterapia: protocolo de radioterapia. Esquema utilizado: dosis, tiempo y asociación a otros antineoplásicos. Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado para el tratamiento **de primera línea de pacientes adultos con Adenocarcinoma de Páncreas metastásico en combinación con gemcitabina.**
- **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, Nº de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley Nº 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.