Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.8.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CABAZITAXEL** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PRÓSTATA,** 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, niveles de testosterona
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado **en combinación con Prednisona o Prednisolona** para el tratamiento de pacientes con **Cáncer de Próstata metastático, hormono-resistente, tratados anteriormente con una pauta terapéutica conteniendo Docetaxel.**
- **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.**
- **Niveles de Testosterona.**

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.2.8.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ENZALUTAMIDA** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PRÓSTATA,** 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, niveles de testosterona
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado para el **tratamiento de hombres adultos con Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración cuya enfermedad ha progresado durante o tras el tratamiento con docetaxel**
- **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.**
- **Niveles de Testosterona.**

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.2.8.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ABIRATERONA** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PRÓSTATA,** 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, niveles de testosterona
- **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado **en combinación con Prednisona o Prednisolona para el tratamiento del Cáncer de Próstata metastásico resistente a la castración en hombres adultos cuya enfermedad ha progresado durante o tras un régimen de quimioterapia basado en docetaxel.**
- **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.**
- **Niveles de Testosterona.**

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.