



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

**Form. M.2.9.1.**

Sr./ Sra. Afiliado/a 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 PULMÓN**, 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. Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en **tratamiento de primera línea en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Cáncer de Pulmón No Microcítico irreseccable, con estado funcional ECOG menor a 2, expectativa de vida mayor a 3 meses, ausencia de metástasis cerebrales, estadios avanzados de la enfermedad (estadio IIIb, IV o recurrente), tipo histológico en el que no predomine la celularidad escamosa, en un esquema basado en platino que asocie dos agentes quimioterápicos, carboplatino y paclitaxel.**
- 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.



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.9.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CRIZOTINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PULMÓN**, 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. Estudios complementarios donde debe incluir la mutación del gen ALK por método validado.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de pacientes con **Carcinoma de Pulmón No Microcítico avanzado, positivo para la quinasa del Linfoma Anaplásico (ALK), progresado a un esquema de quimioterapia basada en Platino.**
- 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.**
- Mutación del gen ALK por método validado**

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.2.9.3.**

Sr./ Sra. Afiliado/a 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 PULMÓN**, 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. Estudios complementarios donde debe incluir la mutación del gen ALK por método validado.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de primera línea de pacientes con **Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastático con mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGF).** También en **Monoterapia de mantenimiento para el tratamiento de pacientes con CPCNP avanzado o metastático con enfermedad estable después de 4 ciclos de quimioterapia estándar basada en Platino. También en tratamiento de pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastático después de falla de al menos un régimen de quimioterapia previo.**
- 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.**
- Mutación del gen ALK por método validado**

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.2.9.4.**

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

Se informa a Ud. que ,con el fin de realizar la solicitud de **GEFITINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **CÁNCER DE PULMÓN**, 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. Estudios complementarios donde debe incluir la mutación del gen ALK por método validado.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de primera línea de pacientes con **Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastático con mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGF)**. También en **Monoterapia de mantenimiento para el tratamiento de pacientes con CPCNP avanzado o metastático con enfermedad estable después de 4 ciclos de quimioterapia estándar basada en Platino. También en tratamiento de pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastático después de falla de al menos un régimen de quimioterapia previo.**
- 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.