



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.16.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CLADRIBINE** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA DE CÉLULAS VELLOASAS**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico, estadío y estudios complementarios efectuados; Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico. Tratamientos previos instituidos con detalle de esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Si la medicación solicitada se usa en primera línea tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en tratamiento de pacientes **con Leucemia de Células Velloasas como primera línea.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.17.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **RITUXIMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados; Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico; Estadio. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración del fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se usa en primera línea de tratamiento, se deberá detallar el esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado **en combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con Leucemia Linfática Crónica (LLC), CD 20+, que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.17.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CLADRIBINE** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados; Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico; Estadio. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración del fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se usa en primera línea de tratamiento, se deberá detallar el esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado **En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con Leucemia Linfática Crónica (LLC) que hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo con por lo menos un régimen conteniendo un agente alquilante.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.17.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **BENDAMUSTINA** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados; Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico; Estadio. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración del fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se usa en primera línea de tratamiento, se deberá detallar el esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado como **primera línea de tratamiento en pacientes con Leucemia Linfática Crónica (estadio de Binet B o C), para quienes no es apropiada una quimioterapia combinada con Fludarabina.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.18.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CLOFARABINA** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico, Estadío de la enfermedad. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/dosis/cantidad de ciclos). Esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos) y respuesta.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado para el tratamiento de **pacientes menores de 21 años con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) que han presentado una recidiva o son refractarios luego de un mínimo de dos regímenes previos.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.18.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **DASATINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estado y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado para el tratamiento de **LLA con cromosoma Filadelfia positivo y Crisis Blástica Linfoide procedente de LMC con resistencia o intolerancia al tratamiento previo**.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.18.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PEGASPARRAGINASA** prescrito para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado como **Primera línea en pacientes pediátricos y adultos, con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) como componente de un régimen de poliquimioterapia o en combinación con otros agentes quimioterápicos, con hipersensibilidad conocida a la L-asparaginasa.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.18.4.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **IMATINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado como **Pacientes con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con mutación del cromosoma de Filadelfia, en fase de recaída o refractaria a tratamientos quimioterápicos previos, en monoterapia o como parte de esquema de quimioterapia en LLA de reciente diagnóstico.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.19.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **IMATINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en **pacientes adultos y pediátricos con Leucemia Mieloide Crónica (LMC), cromosoma Filadelfia positivo (Ph +) (bcr-abl) de diagnóstico reciente para los que no se considera como tratamiento de primera línea el trasplante de médula ósea o en fase crónica tras el fallo del tratamiento con interferón-alfa, o en fase acelerada o crisis blástica.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.19.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **DASATINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en **pacientes con diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) en fase crónica acelerada, Mieloblástica o Linfoblástica con resistencia o intolerancia al tratamiento previo, en el cual debe haber estado incluido el Imatinib o en fase crónica de reciente diagnóstico, cromosoma Filadelfia positivo (Ph+).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.19.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **NILOTINIB** prescrito para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en tratamiento de pacientes **adultos con Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (LMC Ph+) de reciente diagnóstico en fase crónica o en tratamiento de la LMC Ph+ en fase crónica o en fase acelerada en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a por lo menos un tratamiento previo, incluido el tratamiento con Imatinib.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.2.20.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TRIÓXIDO de ARSÉNICO** prescripto para el tratamiento de la patología **LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA**, 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 u Oncohematólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, Inmunofenotipo y Genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza; Estadío y tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. Si la medicación solicitada se utilizará en primera línea de tratamiento, se deberá detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en **Inducción de la remisión y consolidación en pacientes adultos con Leucemia Promielocítica Aguda, Refractaria o Recidivante, caracterizada por la presencia de translocación (15; 17) y/o la presencia del gen alfa (PML / RAR alfa). El tratamiento anterior debería haber incluido un retinoide y quimioterapia.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta esperada.

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.**
- Inmunofenotipo y Genotipo.**

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.