



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.30.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TRABECTEDINA** prescripto para el tratamiento de la patología **SARCOMA DE PARTES BLANDAS**, 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 detalle de estadio evolutivo; Estudios complementarios; Estadificación. Si hubiera realizado, deberá adjuntar protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes **adultos con Leiomioma o Liposarcoma en estadios avanzados, donde haya fracasado la terapia con antraciclinas e Ifosfamida o tengan contraindicación para recibir estos agentes.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis / tiempo / respuesta esperada, 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:

- 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.2.30.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PAPOZANIB** prescripto para el tratamiento de la patología **SARCOMA DE PARTES BLANDAS**, 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 detalle de estadio evolutivo; Estudios complementarios; Estadificación. Si hubiera realizado, deberá adjuntar protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: en tratamiento de pacientes **adultos con Sarcoma de Tejidos Blandos (STB) avanzado que hayan recibido previamente tratamiento con quimioterapia para enfermedad metastásica o cuya enfermedad ha progresado en los 12 meses siguientes tras recibir tratamiento neo-adyuvante y/o adyuvante.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis / tiempo / respuesta esperada, 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:

- 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.