



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.27.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **AZACITIDINA** prescripto para el tratamiento de la patología **SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**, 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. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas / dosis / cantidad de ciclos). En los casos en que la medicación se deba utilizar en primera línea de tratamiento, deberá detallare esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en el tratamiento de pacientes con los siguientes subtipos de Síndrome Mielodisplásico: **Anemia refractaria o anemia refractaria con Sideroblastos en anillos (si está acompañada de neutropenia o trombocitopenia o requiere transfusiones); Anemia refractaria con exceso de blastos; Anemia refractaria con exceso de blastos en transformación; Leucemia Mielomonocítica Crónica.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta.

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:

- Laboratorio de Análisis Clínicos, con Hemograma Completo.**
- Inmunotipo 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.2.27.2.

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

Se informa a Ud. que ,con el fin de realizar la solicitud de **DECITABINA** prescripto para el tratamiento de la patología **SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**, 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. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas / dosis / cantidad de ciclos). En los casos en que la medicación se deba utilizar en primera línea de tratamiento, deberá detallare esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en el tratamiento de pacientes como **primera línea o segunda línea de todos los subtipos (Anemia refractaria, Anemia refractaria con sideroblastos anillados, Anemia refractaria con exceso de blastos, Anemia refractaria con exceso de blastos en transformación y Leucemia Mielomonocítica Crónica) y los grupos internacionales del sistema de puntuación pronóstica intermedio 1, intermedio 2 y de alto riesgo.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta.

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:

- Laboratorio de Análisis Clínicos, con Hemograma Completo.**
- Inmunotipo 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.2.27.3.

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 **SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**, 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. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas / dosis / cantidad de ciclos). En los casos en que la medicación se deba utilizar en primera línea de tratamiento, deberá detallare esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de **Síndrome Mielodisplásico asociado a la presencia de rearreglos del receptor de factor de crecimiento de plaquetas**.
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta.

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:

- Laboratorio de Análisis Clínicos, con Hemograma Completo.**
- Inmunotipo 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.2.27.4.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **LENALIDOMIDA** prescripto para el tratamiento de la patología **SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**, 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. Tratamientos previos instituidos con detalle del esquema utilizado (drogas / dosis / cantidad de ciclos). En los casos en que la medicación se deba utilizar en primera línea de tratamiento, deberá detallare esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas / dosis / ciclos).
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de **Síndrome Mielodisplásico de riesgo bajo o intermedio-1 asociados a una anomalía citogenética de delección 5q aislada, con requerimiento transfusional y cuando otras opciones terapéuticas sean insuficientes o inadecuadas.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, con detalle de dosis-tiempo, respuesta.

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:

- Laboratorio de Análisis Clínicos, con Hemograma Completo.**
- Inmunotipo 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.