



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

**Form. M.2.26.1.**

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 **SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO**, 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 de estadio evolutivo, Laboratorio donde se demuestre hipereosinofilia, estudios complementarios realizados con determinación de reordenación FIP1L1-PDFGR, punción aspiración de médula ósea y detalle de tratamientos previos realizados..
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicado en pacientes con diagnóstico de **Síndrome Hipereosinofílico o Leucemia Eosinófila Crónica, con reordenación FIP1L1-PDFGR positiva**. Presencia en sangre de **Hipereosinofilia** ( $1,5 \times 10^9$  eosinófilos / l ) durante más de 6 meses, sin causas explicables, sumado a la presencia del gen de fusión de dos genes: el **FIP1-Like 1 (FIP1L1)** y el **Receptor Alfa del Factor de Crecimiento derivado de Plaquetas (PDGFRA, por sus siglas en inglés), denominada FIP1L1-PDGFR**.
- 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 presencia de Hipereosinofilia.**
- FIP1-Like 1 (FIP1L1)** fusionado con **Receptor Alfa del Factor de Crecimiento derivado de Plaquetas.**

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.