



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. M.2.14.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **OCTREOTIDA u OCTREOTIDE** prescripto para el tratamiento de la patología **TUMORES ENDÓCRINOS GASTRO-ENTERO- PANCREÁTICO FUNCIONALES**, 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 del cuadro de presentación y localización del tumor; Exámenes complementarios que avalan el diagnóstico; Estadificación; Anatomía Patológica. Tratamientos previos instituidos: cirugía de resección en casos localizados, caso contrario se deberá fundamentar la irreseccabilidad.
- ☐ **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de pacientes **con Síndrome Carcinoide** para **el control de síntomas leves a moderados en pacientes. Se incluyen a los Tumores Carcinoides con características de Síndrome Carcinoide: VIPomas, Glucagonomas, Gastrinomas / Síndrome de Zollinger-Ellison, Insulinomas, GRFomas..**
- ☐ **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.2.14.2.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **LANREOTIDA** prescripto para el tratamiento de la patología **TUMORES ENDÓCRINOS GASTRO-ENTERO- PANCREÁTICO FUNCIONALES**, 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 del cuadro de presentación y localización del tumor; Exámenes complementarios que avalan el diagnóstico; Estadificación; Anatomía Patológica. Tratamientos previos instituidos: cirugía de resección en casos localizados, caso contrario se deberá fundamentar la irreseccabilidad.
- ☐ **Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicado en tratamiento de pacientes con **Síndrome Carcinoide** para el control de síntomas leves a moderados en pacientes. Se incluyen a los Tumores Carcinoides con características de Síndrome Carcinoide: VIPomas, Glucagonomas, Gastrinomas / Síndrome de Zollinger-Ellison, Insulinomas, GRFomas..
- ☐ **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.**

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.