



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. H.1.1.1.1.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS DE CADERA PRIMARIA (CEMENTADA / HÍBRIDA / NO CEMENTADA)** prescripto para pacientes con **ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR O SISTÉMICA**, 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 Traumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente el cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico, tratamientos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con articulación de cadera dañada, sintomáticos, con fracaso de tratamiento conservador. **Reemplazo Parcial:** pacientes añosos con fractura medial de cadera, en regular o mal estado general, baja demanda funcional. **Reemplazo Total:** pacientes menores de 80 años, con fractura medial de cadera en buen estado general y buena demanda funcional, con **Artrosis, Artritis Reumatoidea, Artritis Autoinmunes, Necrosis Aséptica, Displasias de Cadera. En casos de pacientes portadores de patologías de origen reumático, se deberá adjuntar informe de médico Reumatólogo avalando la artroplastia.**

2.- Solicitud de la prótesis especificando los detalles técnicos sin marcas ni modelos, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

- 1.- Exámenes de Diagnóstico por Imágenes.**
- 2.- Exámenes quirúrgicos.**

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. H.1.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS DE CADERA de REVISIÓN (CEMENTADA / HÍBRIDA / NO CEMENTADA / ESPECIALES)** prescripto para pacientes con **ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR O SISTÉMICA**, 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 Traumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente el cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico, los antecedentes quirúrgicos, tratamientos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Artroplastia de Cadera con Aflojamiento Séptico (sustentada por punciones articulares), Aflojamientos Mecánicos, Fracturas Periprotésicas, Luxaciones recidivantes, Osteolisis Localizadas. En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá adjuntar informe de Médico Reumatólogo avalando la artoplastia.

2.- Solicitud de la prótesis especificando los detalles técnicos sin marcas ni modelos, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

- 1.- Exámenes de Diagnóstico por Imágenes.**
- 2.- Cultivos y Antibiogramas realizados.**
- 3.- Exámenes prequirúrgicos.**

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 PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. H.1.1.1.3.

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS DE CADERA ONCOLÓGICAS o NO CONVENCIONALES** prescripto para pacientes con **ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR O SISTÉMICA**, 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 Traumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente el cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico, los antecedentes quirúrgicos, tratamientos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con **lesiones TumORAles Benignas o Malignas y en particular con pérdida de hueso que no puedan ser solucionados con otros procedimientos quirúrgicos o injertos óseos**. En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá adjuntar informe de Médico Reumatólogo avalando la artroplastia.

2.- Solicitud de la prótesis especificando los detalles técnicos sin marcas ni modelos, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. 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:

- 1.- Exámenes de Diagnóstico por Imágenes.**
- 2.- Biopsias (si corresponde)**
- 3.- Exámenes prequirúrgicos.**

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.