



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

**Form. H.1.1.5.1.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS DE REEMPLAZO DE DISCOS VERTEBRALES** 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 el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Discopatía Degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), Otras patologías debidamente fundamentadas médicamente.

**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 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.1.1.5.2.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SISTEMA DE INSTRUMENTACIÓN PARA FIJACIÓN DE COLUMNA** 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 el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Discopatía Degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), Otras patologías debidamente fundamentadas médicamente. .

**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 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.1.1.5.3.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SISTEMA DE INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA para ESCOLIOSIS EVOLUTIVAS de más de 30° (instrumentación por vía anterior o posterior)** 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 el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Discopatía Degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), Otras patologías debidamente fundamentadas médicamente. .

**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 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.1.1.5.4.**

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

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SISTEMA DE INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA para FIJACIÓN CERVICAL MÍNIMAMENTE INVASIVA** 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 el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Discopatía Degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), Otras patologías debidamente fundamentadas médicamente. .

**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 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 GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

**Form. H.1.1.5.5.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **SISTEMA DE INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA para FIJACIÓN LUMBAR MÍNIMAMENTE INVASIVA** prescrito 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 el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con Discopatía Degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), Otras patologías debidamente fundamentadas médicamente. .

**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 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.