



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL TURISMO,
HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA

Por la presente informamos a ustedes, desde esta Auditoría Central de la O.S.U.T.H.G.R.A., que de acuerdo a las nuevas disposiciones vigentes de la Superintendencia de Servicios de Salud, contenidas en las Resoluciones 400/16 y 46/17, la siguiente será la documentación médica requerida para solicitar tratamiento con **HORMONA de crecimiento por déficit** de etiología congénita o adquirido.

Solicitud de primera vez:

1.- ***Resumen de historia clínica en original, completo, legible, de fecha actualizada***, realizado por médico tratante con los siguientes datos:

- a.- Nombre y apellido, n° de afiliado, DNI, fecha de nacimiento
- b.- Peso, talla, velocidad de crecimiento
- c.- ***dosis*** en UI/Kg./sem, frecuencia de aplicación

2.- ***edad ósea***, fotocopia de protocolo actualizado (se requiere una por año, con fecha). La misma debe ser menor a 14 años en las niñas y a 16 años en los varones

3.- ***indispensable*** remitir el protocolo con los ***valores séricos de Hormona de Crecimiento y las pruebas post estímulo Arginina y Clonidina realizadas, que avalen su déficit***; como así también laboratorios que descarten otras patologías que comprometen el crecimiento

4.- Si se trata de un ***Síndrome de Turner*** el protocolo del ***estudio genético***

5.- ***tabla de crecimiento pondoestatural*** (fecha y firmada)

6.- ***Consentimiento informado*** debidamente firmado por médico tratante y familiar a cargo del menor

7.- El médico tratante debe tener ***sello de especialista*** (no se recibirán solicitudes firmadas por profesionales con sello de “médico”)

8.- ***Recetas*** con prescripción por droga y nombre comercial, unidades por vial y cantidad de viales para cumplimentar el mes de tratamiento. La prescripción debe ser hecha en los recetarios de medicación de alto costo que se adjuntan, con los datos solicitados completos en su totalidad

Cualquier enmienda en la documentación o cambio de tinta debe ser salvado.

Sin estos requisitos que avalen la solicitud de la medicación requerida, **la misma no será autorizada, y será devuelta hasta contar con lo solicitado.**

Rogamos enviar datos del profesional tratante, su número telefónico y un horario donde esta Auditoría lo pueda contactar en caso de necesidad.