

### COBERTURA DE LECHES MEDICAMENTOSAS PARA RECIEN NACIDOS

Por disposición de la **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, organismo encargado de supervisar las Obras Sociales Sindicales, se informa que, según Ley vigente, se establecen las siguientes normas en relación a la cobertura de leches:

- No se cubrirán leches maternizadas ni de otro tipo.
- Se cubrirán únicamente las leches **Medicamentosas**, en casos de patología diagnosticada, siempre y cuando se presenten estudios y laboratorios que lo justifiquen, así como las enfermedades discapacitantes asociadas.
- Esta cobertura estará sujeta a la evaluación de la **Auditoría Médica**.

**Es importante destacar que:**

- No se cubrirán situaciones relacionadas con motivos maternos, como hipogalactia o razones laborales.
- No se cubrirán las leches de venta libre disponibles en supermercados, almacenes o kioscos.

Para solicitar la provisión de leches que cumplan con estas condiciones, deberán presentar un **resumen de la historia clínica** detallado, que incluya la evolución y el requerimiento diario (tipo y cantidad de leche) necesaria para un mes de tratamiento, así como también los estudios y laboratorios que avalen dicho resumen. Algunos requisitos podrán variar según la patología.

Además, será necesario completar el siguiente **formulario**.

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

N° de afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad gestacional: \_\_\_\_\_

Peso y talla al nacer: \_\_\_\_\_

#### SÍNTOMAS

##### GRAVES

Edema de Glotis       Anafilaxia       Angiodema       Coloproctitis

##### OTROS

Enteropatía perdedora de proteínas	<input type="checkbox"/>	Bronquitis obstructiva recurrente (BOR)	<input type="checkbox"/>
Malabsorción	<input type="checkbox"/>	Laringitis	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	Eosinofilia	<input type="checkbox"/>
Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Retardo de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Hipoalbuminemia	<input type="checkbox"/>

#### RESULTADOS DE ESTUDIOS (SI CORRESPONDE, NO EXCLUYENTE)

IgE patológica: \_\_\_\_\_

RAST leche       RAST lactoalbúmina       RAST caseína       RAST lactoglobulina

Pruebas cutáneas patológicas: \_\_\_\_\_

Biopsia: \_\_\_\_\_

Fecha de prueba desafío patológica: \_\_\_\_\_ Fecha de nueva prueba desafío: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PREVIO PARA LA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA**

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Hidrolizados extensos	<input type="checkbox"/>
Dieta de exclusión	<input type="checkbox"/>	Soja	<input type="checkbox"/>
Hidrolizados parciales	<input type="checkbox"/>	Aminoácidos	<input type="checkbox"/>

**DATOS PARA EL PEDIDO**

**PRODUCTO SOLICITADO**

Peso actual: \_\_\_\_\_

Consumo: \_\_\_\_\_ ml/biberón - taza

Biberones – taza/día: \_\_\_\_\_

Total de latas mensuales: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ mg

Tiempo estimado de tratamiento: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Matricula Nacional N° \_\_\_\_\_ Matricula Provincial N° \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Número de prestador: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_

Firma del afiliado titular /madre /padre o tutor

Lugar y fecha de presentación: \_\_\_\_\_