

## **RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA IMRT**

**CABA – GBA - INTERIOR:** la documentación debe presentarla a través de la web <https://www.unionpersonal.com.ar> - <https://www.accordsalud.com.ar> AUTORGESTION–AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – AMBULATORIO o en las Agencias de lunes a viernes hábiles de 9.30 hs a 17.30 hs.

**INTERIOR:** En caso de no contar con prestador de cartilla en zona, presentar además de la documentación detallada a continuación, presupuesto con membrete, fecha, firma y sello.

### **a) INDICACIÓN DE IMRT EN CÁNCER DE PRÓSTATA**

En cáncer de próstata se evaluará esta indicación solo en ausencia de extensión del tumor a ganglios linfáticos o metástasis a distancia T1 N0 M0 que se encuentren en buen estado general.

#### **Documentación requerida:**

1. **Resumen de Historia Clínica:** fecha, firma y sello del médico tratante, que contenga la siguiente información:
  - Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, número de afiliado y plan, DNI, edad, sexo).
  - Antecedentes personales y de la enfermedad (diagnóstico), estado actual y funcional, complicaciones de la enfermedad y comorbilidades. Mención de otros tratamientos que haya recibido o recibe actualmente y sus resultados.
  - Karnofsky actual
  - Estadificación (TNM u otra)
  - Fundamento médico de la solicitud de IMRT

Si fuera necesario ampliar la información, el médico auditor podrá solicitar el aporte de la Historia Clínica completa.

2. Copia de resultado de la biopsia (informe de anatomía patológica).
3. Copia del Último PSA en sangre.
4. Informe de la última ecografía prostática.
5. Centellograma óseo corporal total.
6. Tomografía computarizada abdomino-pelviana.
7. Credencial de afiliado.

## **b) INDICACIÓN DE IMRT PARA OTROS TUMORES**

Se considerará la indicación de IMRT principalmente en personas con cáncer de cavidad oral y labio, de laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe, senos paranasales y de cavidad nasal; de glándulas salivales; y en cáncer primario oculto en cabeza y región del cuello.

### **Documentación requerida:**

**1. Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por el médico tratante, que contenga los siguientes información:

- Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, número de afiliado y plan, DNI, edad, sexo).
- Antecedentes personales y de la enfermedad (diagnóstico), estado actual y funcional, complicaciones de la enfermedad y comorbilidades. Mención de otros tratamientos que haya recibido o recibe actualmente y sus resultados.
- Karnofsky actual
- Diagnóstico
- Estadificación (TNM)
- Fundamento médico de la solicitud de IMRT

Si fuera necesario ampliar la información, el médico auditor podrá solicitar el aporte de la Historia Clínica completa.

- 2.** Resultado de la biopsia (informe de anatomía patológica)
- 3.** Tomografía computada de cabeza y cuello.
- 4.** Resonancia Magnética Nuclear de cabeza y cuello
- 5.** Credencial de afiliado.