

### COBERTURA DE LECHE MEDICAMENTOSAS PARA RECIEN NACIDOS

Por disposición de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo que supervisa a las Obras Sociales Sindicales, con el fin de concientizar la lactancia materna acorde a la Ley 26.873, no se cubren leches maternizadas u de otro tipo, salvo expresa indicación Médica y con aprobación de la auditoría médica. La cobertura de leches durante los primeros 6 meses de vida se encuentra cubierta solo bajo expresa indicación médica, por patología del niño debido a lo cual no puedan ser alimentados con leche materna o con leche maternizada (bajo peso, prematuridad, alergias específicas a las leches que se les administran habitualmente, enfermedades discapacitantes asociadas, etc.) quedando está a consideración de Auditoría Médica. En ningún caso corresponde la cobertura por motivos maternos como hipogalactia, razones laborales, etc. Tampoco tienen cobertura las leches de venta libre que se venden en supermercados, almacenes o kioscos del tipo de las marcas comerciales Sancor Bebé, la Serenísima Bebé u otras similares. En caso de requerir la provisión de leches que cumplan estas condiciones deberán presentar resumen de historia clínica amplio con evolución y requerimiento diario (tipo y cantidad de leche) necesaria para un mes de tratamiento, algunos requisitos podrán variar acorde a la patología y 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: \_\_\_\_\_