

PATOLOGIA	PROTESIS O TRATAMIENTO	REQUISITOS
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL O TORACICA. <input type="checkbox"/>	Endoprótesis para tratamiento Endovascular.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios complementarios: ecografías I tomografías I resonancia I angioresonancia con firma del profesional interviniente. Solicitud de la endoprótesis firmada y sellada por el médico especialista. Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original)
ARRITMIAS VENTRICULARES. PREVENCIÓN DE MUERTE SUBITA CARDIACA. <input type="checkbox"/>	Cardiodesfibrilador implantable uni o bicameral con electrodos epi o endocárdicos.	<ul style="list-style-type: none"> Resumen de Historia Clínica donde consten los estudios complementarios realizados: ECG, ecocardiograma doppler, cinecoronariografía, RMN, SPECT, Holter, estudios de laboratorio, con firma del profesional interviniente. Aclarar si es prevención primaria o secundaria de muerte súbita. Debe llevar la firma del médico electrofisiólogo. Solicitud del dispositivo con detalle técnico (Cardiodesfibrilador VVIR o DDDR, doble o simple coil, potencia del generador, algoritmos especiales para control de fluidos o minimización de la estimulación ventricular, monitoreo remoto) y detalle del fundamento terapéutico (prevención primaria o secundaria). Firma y sello del profesional especialista que lo indica. Consentimiento informado.
ARRITMIAS CARDIACAS <input type="checkbox"/>	Marcapaso apto para resonancia nuclear magnética.	<ul style="list-style-type: none"> Resumen de Historia Clínica donde consten los estudios complementarios realizados: ECG, ecocardiograma doppler, cinecoronariografía, RMN, SPECT, Holter, estudios de laboratorio, con firma del profesional interviniente. Solicitud del dispositivo con detalle técnico donde conste el requerimiento de marcapasos y las circunstancias especiales por las cuales se indica un dispositivo alto para estudios de RNM. firma y sello del profesional especialista que lo indica. Consentimiento informado.
ARRITMIAS CARDIACAS <input type="checkbox"/>	Sistema de mapeo tridimensional no fluoroscópico.	<ul style="list-style-type: none"> Resumen de Historia Clínica donde consten los estudios complementarios realizados: ECG, ecocardiograma doppler, cinecoronariografía, RMN, SPECT, Holter, estudios de laboratorio, con firma del profesional interviniente. Solicitud del procedimiento con detalle del fundamento terapéutico. Firma y sello del profesional especialista que lo indica. Consentimiento informado.
INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA/SHOCK CARDIOGENICO <input type="checkbox"/>	Dispositivo de asistencia ventricular (DAV) o corazón artificial.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios complementarios que certifiquen el origen del cuadro de insuficiencia Cardíaca aguda/shock cardiogénico con firma del profesional interviniente. Registro de las drogas utilizadas por el tratamiento del cuadro de base a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas con firma del profesional interviniente. En caso de puente al trasplante cardíaco deberá presentar la constancia de inscripción en la lista de espera oficial del INCUCAI. Consentimiento informado. Solicitud del dispositivo firmado y sellado por Médico Especialista.
COMUNICACION INTERAURICULAR (CIA) <input type="checkbox"/> COMUNICACION INTERVENTRICULAR (CIV) DUCTUS	Dispositivo ocluser para cierre percutáneo de defectos cardíacos congénitos o adquiridos.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios complementarios (ecocardiograma doppler, estudio hemodinámico) con firma del profesional interviniente. Indicación del requerimiento de la práctica por el Médico Especialista. Resumen de Historia Clínica (original). Consentimiento informado.
ESTENOSIS AORTICA <input type="checkbox"/>	Válvula aórtica protésica para implante percutáneo.	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica con detalle del diagnóstico, estadio evolutivo y requerimiento de reemplazo valvular aórtico con firma del profesional interviniente. Estudios complementarios que avalen la indicación (ver Fundamento diagnóstico), con firma del profesional interviniente. Consentimiento informado. Indicación médica (original).

PATOLOGIA	PROTESIS O TRATAMIENTO	REQUISITOS
CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA (BY PASS CORONARIO) <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR	Módulo de cirugía cardiovascular central con circulación extracorpórea (CEC) o con Estabilizador miocárdico (EM).	<ul style="list-style-type: none"> Estudios complementarios que certifiquen la necesidad de la cirugía central convencional o a cielo abierto con firma del profesional interviniente. Resumen de Historia Clínica (original). Pedido de cirugía (original). Consentimiento Informado.
INSUFICIENCIA CARDIACA <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (PULMON ARTIFICIAL)	Dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios complementarios o resumen de Historia Clínica que certifiquen el origen del cuadro de falla cardíaca o respiratoria con firma del profesional interviniente. Registro de tratamientos previos instaurados con firma del profesional interviniente. En caso de puente al trasplante, constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI. Solicitud del dispositivo firmado y sellado por médico especialista. Resumen de Historia Clínica (original). Consentimiento Informado.
ENFERMEDAD DE PARKINSON <input type="checkbox"/>	Neuroestimulador.	<ul style="list-style-type: none"> Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos. Firmado y sellado por el Médico Especialista. Consentimiento informado. Pedido de material (original). Resumen de Historia Clínica (original).
ENFERMEDAD NEUROLOGICA DOLOR CRONICO INTRATABLE <input type="checkbox"/>	Neuroestimulador espinal.	<ul style="list-style-type: none"> Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos. Firmado y sellado por el Médico Especialista. En la Historia Clínica es indispensable que conste la valoración post-operatoria del nivel del dolor por escala visual analógica o cuestionario de Oswestry con firma del profesional interviniente. Consentimiento informado. Pedido de material (original). Resumen de Historia Clínica (original).
EPILEPSIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO <input type="checkbox"/>	Neuroestimulador vagal.	<ul style="list-style-type: none"> EEG de doce derivaciones, RNM, registro de fallo de medicación con firma del profesional interviniente. Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos. Firmado y sellado por el Médico Especialista. Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original).
EPILEPSIA <input type="checkbox"/>	Cirugía para la epilepsia refractaria.	<ul style="list-style-type: none"> EEG de doce derivaciones, RNM, registro de fallo de medicación con firma del profesional interviniente. Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de cirugía, insumos a utilizar y detalles técnicos. Firmado por el médico solicitante. Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original).
TRATAMIENTO DE LESION OCUPANTE INTRACEREBRAL Y OTRAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR RADIONEUROLOGIA <input type="checkbox"/>	Módulo de radioneurocirugía cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios por imágenes donde se constate la presencia de la lesión a tratar. Pedido de cirugía (original). Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original).
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL PATOLOGIAS VARIAS (aneurismas, malformaciones arteriovenosas o tumores vascularizados cerebrales) <input type="checkbox"/>	Módulo de terapia endovascular neurológica: neuroembolización.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios por imágenes donde se constate la presencia de la lesión a tratar con firma del profesional interviniente. Indicación médica fundamentada firmada y sellada por el Médico Especialista. Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original).
PROTESIS PARA LA REPARACION DE LA CALOTA CRANEANA <input type="checkbox"/>	Reconstrucción en 3D de calota craneana + prótesis bajo modelo y procedimiento de implante.	<ul style="list-style-type: none"> Estudios por imágenes donde se constate el diagnóstico (TAC, RMN) con firma del profesional interviniente. Indicación del jefe de neurocirugía de la entidad como la única opción terapéutica para el paciente con firma y sello del mismo. Consentimiento informado. Resumen de Historia Clínica (original).

PATOLOGIA	PROTESIS O TRATAMIENTO	REQUISITOS
HIPOACUSIA <input type="checkbox"/>	Prótesis implantable coclear y módulo de procedimiento quirúrgico de implante.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los estudios del módulo preimplante con firma del profesional interviniente. • Solicitud del implante coclear firmada y sellada por el médico especialista. • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original).
HIPOACUSIA <input type="checkbox"/>	Recambio del procesador de la palabra.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios audiológicos necesarios para comprobar la disfunción del procesador con firma del profesional interviniente. • Pedido médico (original). • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original).
HIPOACUSIA <input type="checkbox"/>	Audífono de implantación ósea (BAHA).	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los estudios del módulo preimplante con firma del profesional interviniente. • Solicitud del dispositivo firmado y sellado por el médico especialista. • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original).
DISFORIA DE GENERO <input type="checkbox"/>	Módulo cirugía de adecuación de genitalidad a la identidad de género autopercebida en los términos del art. 11 de la Ley N° 26.743.	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido médico (original). • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original). • Estudios previos.
INCONTINENCIA URINARIA <input type="checkbox"/>	Esfínter urinario artificial.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado del estudio urodinámico con firma del profesional interviniente. • Estudios complementarios que avalen de forma fehaciente el origen de la incontinencia urinaria con firma del profesional interviniente. • Solicitud del insumo firmada y sellada por el Médico Especialista. • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original).
DIABETES TIPO 1 <input type="checkbox"/>	Bomba de Insulina.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de bomba y detalles técnicos. Firmado y sellado por el Médico Especialista. • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original). • Constancia de haber realizado un programa educativo sobre el cuidado en la diabetes.
TRASPLANTE DE ORGANOS <input type="checkbox"/>	Módulo 1: Pre trasplante.	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de Historia Clínica, con antecedentes que justifiquen la inclusión en el módulo pre trasplante con firma del profesional interviniente. • Pedido médico (original). • Consentimiento informado.
TRASPLANTE DE ORGANOS	<p>Módulo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tx. Autólogo. o Tx. Alogénico con donante emparentado. o Tx. Alogénico con donante no emparentado. <p>Módulo 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tx. Cardíaco. o Tx. Cardio-Pulmonar. o Tx. Cardio-Renal. o Tx. Pulmonar. o Tx. Hepático. o Tx. Hepato-Renal. o Tx. Renal (donante vivo). o Tx. Renal (donante cadavérico). o Tx. Páncreas. o Tx. Reno-Pancreático. o Tx. Intestinal. o Tx. Hepato-Intestinal. o Tx. Hepato-Pancreático. o Tx. Pancreato-Intestinal. o Tx. Cardio-Hepático. <p>o Módulo de búsqueda de células progenitoras hematopoyéticas de donante no relacionado por parte del INCUCAI.</p> <p>Módulo 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Módulo de procuración de células progenitoras Hematopoyéticas de donante no relacionado por parte del INCUCAI. <p>Módulo 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Módulo de procuración de linfocitos de donante no emparentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de Historia Clínica, con detalle del cuadro que justifica el trasplante con firma del profesional interviniente. • Consentimiento informado. • Pedido médico (original).

PATOLOGIA	PROTESIS O TRATAMIENTO	REQUISITOS
ENFERMEDAD ARTICULAR <input type="checkbox"/>	o Prótesis de cadera: Primaria y de revisión. o Prótesis de rodilla: Primaria y de revisión. o Prótesis primaria de hombro.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el médico especialista interviniente. • En los casos de beneficiarios con enfermedades reumáticas se deberá acompañar, además, un informe médico confeccionado por un Especialista en Reumatología, avalando la indicación de la artroplastia. • Resumen de Historia Clínica (original). • Consentimiento informado. • Estudios previos (RMN e informe RX).
ENFERMEDAD ARTICULAR DE COLUMNA <input type="checkbox"/>	o Prótesis de reemplazo de discos vertebrales. o Sistema de instrumentación para fijación de columna.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de los materiales sólo los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el Médico Especialista interviniente. • Resumen de Historia Clínica (original). • Consentimiento informado. • Estudios previos (RMN e informe RX).
ENFERMEDAD ARTICULAR MAXILAR <input type="checkbox"/>	Prótesis mandibular completa.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de los materiales sólo los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el Médico Especialista interviniente. • Consentimiento informado. • Resumen de Historia Clínica (original). • Consentimiento informado. • Estudios previos (RMN e informe RX).
AMPUTACION DE MIEMBROS <input type="checkbox"/>	Prótesis para amputación de miembro inferior y superior.	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de Historia Clínica donde se detalle la patología del paciente, su estado clínico general y su estado funcional. • Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el médico especialista interviniente. • Consentimiento informado.