OSPOCE
Un aporte bien hecho

PROTOCOLO IMPLANTE COCLEAR - PROCESADOR DE LA PALABRA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

Fecha: ...../..... /.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

- ☐ IMPLANTE COCLEAR PRELINGUAL
  - ☐ Desde los 12 meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) profunda con pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
  - ☐ Desde los 24 meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) severa a profunda con pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
  - ☐ Cumplió con el uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante 6 meses.
  - ☐ Osificación coclear postmeningitis.
  - ☐ Prelinguales de más de 6 años: indicar grado de oralización alcanzado y evaluación según Categorías de Geers y Moog: _____
- ☐ IMPLANTE COCLEAR POSTLINGUAL
  - ☐ Paciente hasta los 60 años con
    - ☐ condición física adecuada
    - ☐ sin contraindicaciones médicas ni psicológicas,
    - ☐ con hipoacusia severa a profunda
    - ☐ con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar
    - ☐ con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral.
  - ☐ Hipoacusia progresiva
    - ☐ con evolución de las adquisición lingüística limitada de acuerdo con la edad y
    - ☐ con discriminación auditiva descendida de los valores mencionados.
- ☐ RECAMBIO DEL PROCESADOR DE LA PALABRA
  - ☐ Falla demostrable del procesador actual (adjuntar informe de falla)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Detallar antecedentes, ampliar fundamentos diagnóstico y fundamento del uso de la tecnología requerida, tratamientos previos recibidos, etc)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO IMPLANTE COCLEAR - PROCESADOR DE LA PALABRA

INDICACIÓN MÉDICA (Pedido de insumos para la resolución de la patología)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Apellido y Nombre:_____

Matrícula nacional N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____

Mail:_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

INSTRUCTIVO IMPLANTE COCLEAR - PROCESADOR DE LA PALABRA

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa su pedido médico deberá cumplir con los siguientes requisitos:

• Protocolo Implante coclear - Procesador de la palabra original o en copia, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.

• Prescripción médica original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

• Copia de informe de estudios avalatorios de la patología.

- Audiometría,
- B.E.R.A,
- Impedanciometría,
- Logoaudiometría,
- Otoemisiones Acústicas,
- Selección De Otoamplífonos,
- Timpanometría y reflejos estapediales,
- Potenciales evocados auditivos
- Audiometría tonal a campo libre sin audífonos,
- Audiometría tonal a campo libre con audífonos oídos por separado,
- Test de percepción de los sonidos del habla (Sin audífonos y con audífonos),
- Evaluacion de palabras y frases,

• Informe original de rendimiento de audífonos, previo al implante.
• Informe original de evaluación neurolingüística / fonoaudiológica.
• Evaluación psicológica.
• Informe Seleccion De Audifonos Debiendo Aclarar Audífonos Probados Y Porcentajes Obtenidos.
• En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente.
• Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.
• En caso de realizar la solicitud vía mail, deberá conservar los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.
• La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____