



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud para el tratamiento de HEPATITIS C, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

### **Documentación a presentar:**

1. Receta médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre del afiliado ó código, fecha, Obra social, Nº de afiliado, DNI, diagnóstico, nombre de la droga prescrita, con dosis, tipo de presentación, cantidad de envases en letra y número y firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado completo firmado por el médico especialista y el paciente o su tutor.
3. Formulario S9 (Resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante. Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.
4. Fotocopia de todos los estudios realizados para arribar al diagnóstico. Serología hepatitis C, biopsia hepática ó protocolo de elastografía, carga viral inicial.
5. Luego de la finalización del tratamiento deberá presentar resultado de carga viral.

### **Importante:**

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar su ampliación en caso de considerarlo necesario.
2. Luego de la autorización por parte de Auditoría Médica, si el tratamiento indicado por el médico especialista es mensual deberá presentar una receta por mes, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.

# RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECÍFICA HEPATITIS "C" EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Estimado afiliado recuerde que debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en original y adjuntar fotocopia de los estudios realizados.

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

Nombre y Apellido (ó código VIH-SIDA): .....

N° de Beneficiario: ..... D.N.I.:..... Sexo: F / M

Fecha de nacimiento: ..... /..... /..... Fecha de diagnóstico de la patología: ...../...../.....

**DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN**

Ac. Anti HCV:..... Fecha: ..... /..... / .....

Carga viral inicial: ..... Fecha: ..... /..... / ..... Adjuntar protocolo de Carga Viral

Genotipo viral (Indicar debajo con una X según corresponda)

- |     |                          |     |                          |                 |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1 A | <input type="checkbox"/> | 1 B | <input type="checkbox"/> |                 |                          |
| 2 A | <input type="checkbox"/> | 2 C | <input type="checkbox"/> | 2 AC            | <input type="checkbox"/> |
| 3 A | <input type="checkbox"/> | 3 B | <input type="checkbox"/> | 3 Sin tipificar | <input type="checkbox"/> |
| 4 A | <input type="checkbox"/> | 4 C | <input type="checkbox"/> | Otros           | <input type="checkbox"/> |

Estadio de fibrosis (Indicar debajo con una X según corresponda)

- 0  1  2  3  4 (cirrosis hepática)

.....kPa Fecha de elastografía: ...../...../..... (Adjuntar protocolo)

Alfa Feto Proteína (AFP):.....

Coinfección con VIH NO  SI  FECHA: ..... /..... / .....

Transplante Hepático NO  SI  FECHA: ..... /..... / .....

Otras comorbilidades:.....

**ESTILO DE VIDA QUE INTERESEN AL TRATAMIENTO**

• ADICCIÓN:

Drogas  Inscrito en plan de recuperación: SI  NO  Fecha de inscripción: ..... /..... / .....

Alcoholismo  Inscrito en plan de recuperación: SI  NO  Fecha de inscripción: ..... /..... / .....

Puntuación de la Escala Child-Pugh documentada por valores de referencia de laboratorio y clínicos:

- Hasta 6   
Entre 7-9   
Entre 10-15

TRATAMIENTO PREVIO PARA LA HEPATITIS C

NO  SI

Indicar esquema previo y respuesta:.....  
.....

TRATAMIENTO PROPUESTO

Fecha de inicio de terapia antiviral con esquema libre de interferón: ..... / ..... / .....

- Tratamiento de 8 semanas  Adjuntar protocolo Carga Viral 8 semanas
- Tratamiento de 12 semanas  Adjuntar protocolo Carga Viral 12 semanas
- Tratamiento > 12 semanas  Adjuntar protocolo Carga al finalizar el tratamiento

Monodrogas

Presentación

Envases por mes

.....  
.....

Justificación del tratamiento solicitado:.....  
.....  
.....  
.....

Fecha de inicio del tratamiento: ..... / ..... / .....

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

El Paciente completó el tratamiento  El Paciente no completó el tratamiento  FECHA: ..... / ..... / .....

RESPUESTA VIRAL OBTENIDA (Indicar debajo con una X según corresponda)

NEGATIVA (Curación)  POSITIVA (Fallo virológico)

Indicar los motivos de la interrupción:.....  
.....  
.....

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

Firma y sello Auditor Médico

Firma, sello y Matrícula Médico tratante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

Yo (apellido y nombre del paciente ó código).....

D.N.I. N°.....entiendo y acepto lo que me ha informado mi médico tratante Dr./a

.....Matrícula N° ..... como resultado de

las pruebas y estudios que he realizado, se ha obtenido el diagnóstico de

.....que requiere tratamiento de/con

.....  
.....  
para lo cual expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR:

\_\_\_\_\_  
FIRMA TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
PARENTEZCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL