



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. B.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **Interferón Pegilado alfa 2a (PEG INF alfa 2a) / Interferón Pegilado alfa 2b (PEG INF alfa 2b) / Ribavirina (RBV) / Boceprevir (BOC) / Telaprevir (TVR) / Carga Viral del VHC / Determinación del polimorfismo del gen L28B** prescrito para **paciente infectado con VIRUS de HEPATITIS C** deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica firmada y sellada por el médico infectólogo. :

- Datos del Beneficiario** (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico** Todas las personas portadoras de VHC ARN sérico asociado a enfermedad hepática compensada serán consideradas como candidatos a tratamiento. Se deberá considerar el tratamiento de hepatitis C crónica en forma precoz en el curso de una infección por VIH, antes de la necesidad de inicio de la terapia antiretroviral (TARV). No se cubrirán Inhibidores de la Proteasa (Boceprevir o Telaprevir) en pacientes con genotipo de VHC diferente al 1, pacientes respondedores nulos o con mala adherencia al tratamiento, pacientes coinfectados con el virus de VIH, o pacientes vírgenes al tratamiento que tengan un estadio de fibrosis F0, F1 y F2.
- Biopsia Hepática:** indispensable en Genotipo 1 para definir clasificación METAVIR. De no ser posible, puede realizarse la Elastografía Hepática (Fibroscan).
- Indicación del tratamiento** firmada y sellada por el médico especialista tratante.
Fundamentación del uso de la medicación indicada, dosis diaria y mensual. Tiempo de tratamiento previsto. **Esquema de seguimiento** para paciente **mono infectado con Virus de Hepatitis C** y para paciente **coinfectado con VIH**.
- Solicitud de Carga viral:** en las semanas de tratamiento 4, 8, 12, 24 y 48.
- Solicitud de Estudio de polimorfismo del gen IL28B:** se realizará una única vez, en pacientes con genotipo 1 de Hepatitis C y vírgenes de tratamiento

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código según corresponda, n° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico especialista tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico e especialista y el paciente o su representante.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios realizados que avalen el diagnóstico:

- Hepatograma. Marcadores Serológicos: Anti VHC** (Anticuerpos contra el VHC), **ARN del VHC cuali y cuantitativo, Genotipo y Subtipo del VHC, AFP** (Alfa Feto Proterína) **CV** (Carga Viral) **del VHC** (UI/ml- log 10).
- Punción Biopsia Hepática (PBH)**
- Clasificación Metavir** o grado de fibrosis por elastografía (Fibroscan).
- Estadío de Child Pugh.** •
- Estudio de polimorfismo del gen IL28B.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.