



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. B.1.1.1.

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) / Lamivudina / Adefovir-dipivoxil / Entecavir / Telbivudine / Tenofovir / Carga viral** prescrito para **paciente infectado con VIRUS de HEPATITIS B** 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** : Pacientes infectadas con VHB, portadoras de un ADN HVB por encima de 2000 UI/ml (alrededor de 10.000 copias virales/ml) y/o niveles de ALT que superen el límite normal y con una histología hepática que muestre inflamación de grado moderado a severo (METAVIR mayor a A2 y/o F2). Pacientes con cirrosis compensados o descompensados.
- Biopsia Hepática**: de no ser posible, puede realizarse la Elastografía Hepática (Fibroscan).
- Tratamientos previos realizados** (medicación, fechas de inicio y discontinuación, respuesta)
- Fundamentación del uso de la medicación indicada**, dosis diaria y mensual. Tiempo de tratamiento previsto.
- Solicitud de Carga viral**: la primera es basal, y luego de acuerdo al esquema de tratamiento bajo el cual se encuentre el paciente, a la semana 12, 24 y 48 de iniciado el tratamiento, luego dependerá de la respuesta virológica y la presencia o no de cirrosis.

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 afín a la patología; fecha de prescripción.

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

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

1.- **Estudios complementarios** realizados que avalen el diagnóstico:

- Hepatograma. Marcadores Serológicos: HBsAg** (Antígeno de Superficie del VHB), **Anti Hbs** (Anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB), **Anti Hbc** (Anticuerpos contra el antígeno del núcleo del VHB), **HBeAg** (Antígeno de cubierta del VHB), **Anti HBe** (Anticuerpos contra el antígeno de cubierta del VHB), **ALT** (Alanina Aminotransferasa), **ADN VHB** y **Genotipo VHB**, **AFP** (Alfa feto proteína).
- Biopsia Hepática** o justificación para la no realización.
- Clasificación **Metavir** o grado de Fibrosis por Elastografía (Fibroscan)
- En caso de Cirrosis Hepática se deberá informar **Estadío de Child Pugh** y **CV** (Carga Viral) **del VHB** (UI/ml- log 10).
- En caso de **VIH+**, se deberá informar **CV** (Carga Viral) **del VIH** y **recuento de CD4**.

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.