

HEPATITIS B CRÓNICA:

- 1º.** “FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS B CRÓNICA”. Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la página web www.das.gob.ar
- 2º.** Por favor, la receta de los medicamentos debe contener los datos habituales: nombre, apellido, N° afiliado
- 3º.** En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS B CRÓNICA complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
- 4º.** Su médico de cabecera hepatólogo de cartilla u hospital público deben completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello.
- 5º.** La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 6, deberá realizarse a través de contacto@das.gob.ar. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a la DAS, Subdirección de Patologías especiales
- 6º.** Documentación que debe presentar:
 - Formulario completo, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
 - Copia del informe de los últimos laboratorios y aquellos que hayan fundamentado el diagnóstico y/o tratamiento (serología, carga viral, antígenos, etc.). Así mismo, le pedimos fotocopia de la elastografía y/o biopsia hepática,
 - Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 2º.
- 7º.** Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de contacto@das.gob.ar en caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a la DAS. Subdirección de Patologías especiales
- 8º.** Para la continuidad de la medicación deberá presentar la receta mensualmente con los datos completos: Nombre y Apellido, número de afiliados, droga por genérico y cantidad, firma y sello del profesional.
- 9.** Cada 4 meses deberá renovar la autorización presentando nuevamente formulario y estudios (este trámite puede demorar hasta 15 días)

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B
CRÓNICA**

A) Sr/a. AFILADO: COMPLETE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

Nombre y apellido del titular de la Obra Social:		
DNI del titular:		
Teléfonos de contacto:		Domicilio:
Correo electrónico de contacto:		
Firma del solicitante	Aclaración de la firma	Fecha

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE)

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....Email.....

Nombre y apellido del paciente (no completar en caso de HIV/SIDA):	
CÓDIGO EN CASO DE HIV/SIDA:	
CUIL del paciente:	N° de afiliado
Fecha de nacimiento del paciente:	Sexo: Edad:
Resumen de historia clínica del paciente (con antecedentes)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
¿Está coinfectado con HCV crónica? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)	
¿Está coinfectado con HIV? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)	
Estado funcional actual:..... Diagnóstico:.....	
Fecha del diagnóstico:...../...../..... Child Pugh:.....	
MELD calculado:.....	

LABORATORIO GENERAL		FECHA:/...../.....	
HEMATOCRITO		FAL	
GL. BLANCOS		ALBUMINA	
PLAQUETAS		BIL TOTAL	
QUICK		BIL DIRECTA	
KPTT		BIL INDIRECTA	
CREATININA		TGO	
UREA		TGP	
HIV		Otros:	

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

LABORATORIO ESPECÍFICO HEPATITIS B	FECHA:...../...../.....
Ag HBs (en UI/ml):	¿Lleva más de 6 meses de positividad? SI / NO
Ag HBe:	
Ac. Anti Hbe (RP):	
DNA- HBV (en UI/ml):	
Genotipo HBV (solo con tratamientos con IFN pegilado)	
Carga viral basal (UI/ml)	
Carga Viral Basal (log-10)	
ALFAFETOPROTEINA	FECHA

GRADO DE FIBROSIS:			
BIOPSIA HEPATICA	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) Fecha de realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA BIOPSIA			
ELASTOGRAFÍA/FIBROSCAN	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) Fecha de la realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA ELASTOGRAFÍA			

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamientos previos	Fecha de tratamiento	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada (Marcar con un círculo lo que corresponda)	Describa brevemente detalles de la respuesta
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	

Medicación que solicita actualmente para el tratamiento inicial (o de continuidad) de la hepatitis B crónica de su paciente:

1) Medicamento 1

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

2) Medicamento 2

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

3) Medicamento 3

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

FIRMA DEL MÉDICO	SELLO	FECHA
------------------	-------	-------

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Que el Dr/a....., MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En a los días del mes de de 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: