

Formulario de referencia de administración de casos y autorización previa de la hepatitis C

Envíe por fax este formulario completo al 541. 677.5881

* Campo obligatorio

Fecha de la solicitud: ____/____/____

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

*Nombre del miembro: _____ *ID de miembro: _____ *Miembro DOB: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

*Nombre del proveedor: MD DO FNP NP PA *NPI: _____

*Persona de contacto de la oficina: _____ *Teléfono #: _____ *Fax #: _____

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

*Nombre de la droga, concentración y forma: _____ *Indicaciones: _____ *Cantidad por día: _____

*Duración prevista del tratamiento: _____

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

*Código(s) de diagnóstico: _____

DOCUMENTACIÓN

Sírvase proporcionar la siguiente información y todos los documentos relacionados:

*¿La supervivencia esperada de las morbilidades no asociadas al VHC es superior a 1 año? Sí No Fecha: _____

*¿Tiene el paciente antecedentes de tratamiento contra el VHC? Sí No Régimen de medicamentos: _____
 - Si el tratamiento anterior falló, ¿la adherencia a la medicación fue una preocupación: Sí No No estoy seguro

Genotipo del VHC (extraído <3 años, si corresponde al régimen) Fecha: Resultado:

*Estado del VHB Fecha: Resultado:

Estado serológico Fecha: Resultado:

Prueba de resistencia NS5a basal (si corresponde al régimen) Fecha: Resultado:

* Estado de cirrosis: Presente (compensado descompensado) Ausente (no cirrótico)

* ¿El paciente tiene complicaciones de cirrosis u otras manifestaciones hepáticas? Sí No

- En caso afirmativo,

explique:

Puntuación de Child-Pugh (si corresponde al régimen): _____

Etapas de la fibrosis Método de prueba (es decir, biopsia, etc.): Fecha: Resultado:

¿El paciente tiene alguna interacción farmacológica que se haya abordado? Sí No

- En caso afirmativo, explique: _____

***Administración de casos de UHA: ¿Existe una certificación de que el paciente y el proveedor cumplirán con la administración de casos de UHA para promover el mejor resultado posible para el paciente y cumplir con los requisitos de monitoreo requeridos por la Autoridad de Salud de Oregon, incluida la medición y el informe de una carga viral posterior al tratamiento O hay una certificación del paciente y el proveedor de que han optado por no participar en la administración de casos de UHA? Sí No**

¿Preguntas? Para obtener ayuda con este formulario, c todos los Servicios de Farmacia Clínica de UHA al 541-672-1685 o Administración de casos de UHA al 541. 229.7037 Español