



## Formulario de remisión de manejo de casos de hepatitis

Enviar formulario por fax a: 541.229.8180

**\*\*Todos los campos son obligatorios y si no se completan, la solicitud se cancelará\*\***

Nombre del paciente:	Nombre del prescriptor:
N.º de identificación de miembro:	N.º de NPI del prescriptor:
Fecha de nacimiento del paciente:	Nombre de la clínica:
Tratamiento solicitado:	Nº de oficina: <span style="float: right;">Número de fax</span>
Duración del tratamiento:	
Estado del tratamiento:	Contacto con el prescriptor:

Medicaid de Oregon requiere la siguiente información para ser considerada para el tratamiento. Adjunte documentos relacionados.

En los últimos 6 meses:			
Visita a la oficina:	Fecha:		<input type="checkbox"/> Adjuntos
Carga viral de ARN VHC:	Fecha:	Valor:	<input type="checkbox"/> Adjuntos
Estado del VHB:	Fecha:	Resultado:	<input type="checkbox"/> Adjuntos
Estado del VIH:	Fecha:	Resultado:	<input type="checkbox"/> Adjuntos
Fibrosis hepática:	Fecha:	Resultado:	<input type="checkbox"/> Adjuntos
¿Supervivencia esperada de morbilidades no asociadas al VHC más de un año?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Estado del trasplante de hígado			
En los últimos 3 años:			
Genotipo del VHC:	Fecha:	Resultado:	<input type="checkbox"/> Adjuntos
Se ha informado a su paciente de la derivación a la administración de casos:			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Una vez que se reciba toda la información, nuestro equipo de administración de casos se comunicará con el paciente.

Cuando se complete nuestra evaluación, se le notificará a su oficina el siguiente paso.

**No se procesará ninguna autorización de medicamentos sin este paso necesario.**

**Su PA de medicamentos se descartará/cancelará si no se ha completado la derivación de administración de casos.**