

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1 – Condiciones de uso

La persona a ser considerada para recibir la administración del análogo de somatostatina ^{99m}TC-HYNIC-TYR³-Octreotida debe cumplir con los siguientes criterios clínicos. Estos criterios deben ser acreditados por el médico solicitante al momento de solicitar la aprobación del medicamento al Comité Farmacoterapéutico correspondiente en cada paciente específico.

| | |
|---|---|
| Diagnóstico/condición de salud | Paciente con diagnóstico de tumor neuroendocrino |
| Grupo Etario | Todos los grupos etarios |
| Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento | Sin limitaciones |
| Presentar la siguiente información adicional debidamente documentada en el expediente del paciente de la solicitud del medicamento. | Solicitud de estudio Octreoscan e informe médico firmado por el médico asistente tratante, adjuntando exámenes auxiliares que sustenten el diagnóstico o presunción diagnóstica: <ul style="list-style-type: none">- Examen histopatológico y/o marcadores de tumores neuroendocrinos |
| Presentar la siguiente información debidamente documentada trimestralmente para el seguimiento con el Anexo 07 de la Directiva N° 002-IETSI-ESALUD-2015. | De evaluación diagnóstica: <ul style="list-style-type: none">- Identificación de foco de tumor neuroendocrino De seguimiento: <ul style="list-style-type: none">- Re-evaluación cada 6 meses para control de progresión de la enfermedad |

