

# Ohio HIV Drug Assistance Program (OHDAP) Formulary

Fecha de entrada en vigencia: diciembre de 2015

| NNRTI   | ANTAGONISTAS DEL CCR5  | ANTICONVULSIVANTES   |
|---|--|--|
| Delavirdine, DLV (Rescriptor <sup>®</sup> )                                       | Consultar autorización previa  | Levetiracetam (Keppra <sup>®</sup> )   |
| Efavirenz, EFV (Sustiva <sup>®</sup> )  | <b>INHIBIDORES DE FUSIÓN</b>   | <b>ANTIDIARREICOS</b>  |
| Etravirine, ETR (Intelence <sup>®</sup> )   | Enfuvirtide (Fuzeon <sup>®</sup> )   | Atropine diphenoxylate (Lomotil <sup>®</sup> )                               |
| Nevirapine, NVP (Viramune <sup>®</sup> )  | <b>POTENCIADORES FARMACOCINÉTICOS (Agente potenciador)</b>   | Crofelemer (Fulyzaq <sup>™</sup> )   |
| Rilpivirine, RPV (Edurant <sup>®</sup> )  | Cobicistat (Tybost <sup>®</sup> )  | Loperamide (Immodium <sup>®</sup> )  |
| <b>NRTI</b>   | <b>TRATAMIENTO DEL HERPES</b>  | <b>ANTIFÚNGICOS</b>  |
| Abacavir, ABC (Ziagen <sup>®</sup> )  | Acyclovir (Zovirax <sup>®</sup> )  | Clotrimazole (Mycelex <sup>®</sup> Troche)                                   |
| Didanosine, ddI (Videx EC <sup>®</sup> )  | Valacyclovir (Valtrex <sup>®</sup> )   | Clotrimazole+betamethazone dipropionate                                      |
| Emtricitabine, FTC (Emtriva <sup>®</sup> )  | <b>PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE MAI</b>   | Fluconazole (Diflucan <sup>®</sup> )   |
| Lamivudine, 3TC (EpiVir <sup>®</sup> ) NOT EpiVir HBV                             | Azithromycin (Zithromax <sup>®</sup> )   | Itraconazole (Sporanox <sup>®</sup> )  |
| Stavudine, d4T (Zerit <sup>®</sup> )  | Rifabutin, Rfb (Mycobutin)   | Ketoconazole (Nizoral <sup>®</sup> )   |
| Zidovudine, AZT (Retrovir <sup>®</sup> )  | <b>PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE PCP</b>   | Nystatin (Nilstat <sup>®</sup> )   |
| AZT + 3TC (Combivir <sup>®</sup> )  | Dapsone (Dapsone <sup>®</sup> )  | <b>ANTIEMÉTICOS</b>  |
| AZT + 3TC + Abacavir (Trizivir <sup>®</sup> )                                     | Pentamidine (Pentam <sup>®</sup> )   | Promethazine (Phenergan <sup>®</sup> )                                       |
| Abacavir+Lamivudine (Epzicom <sup>®</sup> )                                       | TMP/SMZ (Bactrim <sup>®</sup> /Septra <sup>®</sup> )   | <b>TRATAMIENTO PARA PROBLEMAS CARDÍACOS</b>                                  |
| <b>ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS</b>  | <b>TRATAMIENTO Y PROFILAXIS PARA TOXO</b>  | Atorvastatin (solo genérico)   |
| Tenofovir DF (Viread <sup>®</sup> )   | Leucovorin   | Fenofibrate (Tricor <sup>®</sup> , Lofibra <sup>®</sup> )                    |
| Tenofovir DF + Emtricitabine (Truvada <sup>®</sup> )                              | Pyrimethamine (Daraprim <sup>®</sup> )   | <b>SALUD MENTAL</b>  |
| <b>INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>  | Sulfadiazine   | Amitriptyline (solo genérico)  |
| Dolutegravir, DTG (Tivicay <sup>®</sup> )   | <b>TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS</b>   | Aripiprazole (Abilify <sup>®</sup> )   |
| Raltegravir, RAL (Isentress <sup>®</sup> )  | Ethambutol (Myambutol <sup>®</sup> )   | Bupropion/Budeprion (solo genérico)  |
| <b>INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>   | Isoniazid (INH)  | Citalopram HBr (Celexa <sup>®</sup> )  |
| Atazanavir, ATV (Reyataz <sup>®</sup> )   | Bedaquiline (Sirturo <sup>®</sup> )  | Desipramine hydrochloride (Norpramin <sup>®</sup> )                          |
| Darunavir, DRV (Prezista <sup>®</sup> )   | <b>VACUNAS</b>   | Divalproex sodium (Depakote)   |
| Fosamprenavir, FPV (Lexiva <sup>®</sup> )   | Vacuna contra Hepatitis A (Havrix <sup>®</sup> )   | Duloxetine HCl (Cymbalta <sup>®</sup> )                                      |
| Indinavir sulfate, IDV (Crixivan <sup>®</sup> )                                   | Vacuna contra hepatitis B (Engerix <sup>®</sup> /Recombivax <sup>®</sup> )   | Fluoxetine (Prozac <sup>®</sup> )  |
| Nelfinavir, NFV (Viracept <sup>®</sup> )  | Vacuna contra hepatitis A/hepatitis B (Twinrix <sup>®</sup> )  | Lamotrigine (Lamictal <sup>®</sup> )   |
| Ritonavir, RTV (Norvir <sup>®</sup> )   | Vacuna neumocócica contra neumonía   | Mirtazapine (Remeron <sup>®</sup> )  |
| Ritonavir+Lopinavir (Kaletra <sup>®</sup> )                                       | Vacuna neumocócica conjugada 13 valente (Prevnar 13 <sup>®</sup> )   | Nefazodone (Serzone <sup>®</sup> Nefadar <sup>®</sup> Dutonin <sup>®</sup> ) |
| Saquinavir, SQV (Invirase <sup>®</sup> )  | Vacuna contra tétanos (falta incluir Td y Tdap)  | Paroxetine (Paxil <sup>®</sup> )   |
| Tipranavir, TPV (Aptivus <sup>®</sup> )   | <b>OTROS MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO</b>   | Quetiapine fumerate (Seroquel <sup>®</sup> )                                 |
| <b>COMBINACIÓN DE CLASES</b>  | Gabapentin (solo genérico)   | Risperidone (Risperdal <sup>®</sup> )  |
| Abacavir+Dolutegravir+Lamivudine (Triumeq <sup>®</sup> )                          | Imiquimod (Aldara <sup>®</sup> )   | Sertraline (Zoloft <sup>®</sup> )  |
| Atazanavir + Cobicistat (Evotaz <sup>®</sup> )                                    | Medroxyprogesterone  | Trazodone (Desyre <sup>®</sup> , Trialodine <sup>®</sup> )                   |
| Darunavir + Cobicistat (Prezcobix <sup>®</sup> )                                  | Penicillin G benzathine (Bicillin LA <sup>®</sup> )  | Venlafaxine (Effexor <sup>®</sup> )  |
| Elvitegravir + Cobicistat + Emtricitabine + Tenofovir                             | Valganciclovir (Valcyte <sup>®</sup> )   | Ziprasidone (Geodon <sup>®</sup> )   |
| Alafenamide (Genvoya <sup>®</sup> )   | Varenicline (Chantix) 6 meses/de por vida  |  |
| Tenofovir DF + Emtricitabine + Efavirenz (Atripla <sup>®</sup> )                  | <b>PRESCRIPCIÓN LIMITADA</b>   |  |
| Tenofovi DF + Emtricitabine + Rilpivirine (Complera <sup>®</sup> )                |  |  |
| Elvitegravir + Cobicistat + Emtricitabine + Tenofovir DF (Stribild <sup>®</sup> ) | Epoetin alfa (Epoen <sup>®</sup> Procrit)  | Clientes de OHDAP que estén bajo tratamiento para VHC comórbido              |
|   | Filgrastim (Neupogen <sup>®</sup> )  |  |
|   | Vacuna contra HPV (Gardasil <sup>®</sup> )   | Solo para personas de entre 9 y 26 años                                      |
| <b>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</b>  |  |  |
| Inhalador Albuterol sulfate   | Proporcionar documentación de que el cliente comienza pentamidine. Suministro limitado a 30 días en preparación para pentamidine.  |  |
| Atovaquone (Mepro <sup>®</sup> )  | Proporcione documentación del aumento de dosis fallido de TMP/SMZ o proporcione documentación de resistencia a TMP/SMZ o dapsone.  |  |
| Doxycycline   | Proporcione documentación de enfermedades de transmisión sexual  |  |
| Penicillin G Procaine   | Proporcione documentación (resultados de PL) que indiquen neurosífilis   |  |
| Rifapentine (Priftin <sup>®</sup> )   | Certifique que el proveedor utiliza la medicación para el tratamiento de TB latente en la asignación de Terapia de observación directa proporcionada con la isoniazid semanal. |  |
| Rosuvastatin calcium (Crestor <sup>®</sup> )                                      | Proporcione documentación sobre fallo de las otras dos medicaciones hipolipemiantes.   |  |
| Selzentry (Maraviroc <sup>®</sup> )   | Proporcione documentación sobre el virus trópico para el CCR5.   |  |
| Testosterone (SOLO formas no inyectables)   | Proporcione documentación de testosterona baja.  |  |

**Envíe por fax toda la documentación necesaria para las autorizaciones previas al 866-448-6337; A la atención de: Administrador de OHDAP**