

Formulario de RESUMEN de tratamiento de Hepatitis C

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DOSIS DE INF PEG + RBV

	Fecha	Dosis INF PEG	Dosis de RBV
1ra dosis de tratamiento:	___/___/_____	___ ___ µg / sem	___ ___ mg /d

Nº de semanas de tratamiento: ___

Suspende tratamiento: No Si

Fecha de suspensión: ___/___/_____

- Causa:
- Fallecimiento
 - Descompensación hepatopatía
 - Leucopenia
 - Anemia
 - Plaquetopenia
 - Depresión
 - Prurito intratable
 - No adherencia a dosis completa
 - Otra: _____

	Fecha	Dosis INF PEG	Dosis de RBV
Ultima dosis de tratamiento:	___/___/_____	___ ___ µg / sem	___ ___ mg /d

Carga Viral a las 12 semanas de tratamiento: ___ x 10⁻ copias/ml. ___ UI/ml __, ___ Log

PCR VHC a las 24 semanas de tratamiento: Negativo Positivo

PCR VHC a las 48 semanas de tratamiento: Negativo Positivo

PCR VHC a las 72 semanas inicio de tratamiento: Negativo Positivo