

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO De la infección por el VIRUS de la Hepatitis C

Fecha de solicitud : ___/___/___

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 SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNOSTICO

Hepatopatía:

- Hepatitis Crónica.
- Cirrosis con Hipertensión portal
- Cirrosis sin Hipertensión portal
- Hepatitis aguda / GlomeruloNMP

Anatomía Patológica:

Índice de actividad inflam. ___/18
Estadio de fibrosis ___/6

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

TRATAMIENTO PREVIO: NO SI

- Interferon
 - Con Interferon / Ribavirina
 - Con Peg INF
 - Otros tratamientos
- Especifique

RESPUESTA A TRATAMIENTO PREVIO

- Recidiva
- Recaída
- No respondedor
- Otra situación: cual.....

BIOQUIMICA

Hepatograma:

BTtotal ____,__ mg BD ____,__ mg TGO _____ TGP _____ F.Alcalina _____

GGT _____ Alb: ____,__ mg/% T de Prot: ____,__ % INR ____,__ Colesterol _____

Función renal: Azoemia ____,__ Creatininemia ____,__

Hemograma: Glób. Blancos: _____ N ____,__ % L ____,__ %

Hb ____,__ Hto. ____,__ Plaquetas _____ mil

PCR RNA VHC: Positivo Negativo Genotipo viral: ___

Carga viral al inicio de tratamiento: _____ UI/ml _____ x 10⁻ copias/ml. _____, _____ Log

MEDICACION ACTUAL: (medicamento / dosis) _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

Cardiopatía isquémica Claudic. intermitente
 Cardiopatía valvular Insuf. venosa crónica
 Arritmias TVP
 HTA Otros
 Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS No Si

Asma TBC
 Bronquitis crónica Otros
Cuales: _____
 EPOC

NEUROSIQUIÁTRICOS No Si

AVE IAE
 Depresión Demencia
 Epilepsia
Otros: _____

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

Diabetes
 Tabaquismo
 Obesidad: BMI: ___ ___
 Alcoholismo Otros
 Hipotiroidismo
 Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS No Si

Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

Enfermedad celíaca
 Enfermedad Inflamatoria I Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

Anemia Tipo: _____
 Otros: _____

ENFERM. NEOPLÁSICAS No Si

Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

Coinfecciones:

VIH: TARV No Si

VHB: HbsAg/Ac Pos. Neg.
 HbeAg/Ac Pos. Neg.
 HbcAc Pos. Neg.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES: No Si

CUAL: _____

TRATAMIENTO: _____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

I- Actividad irrestricta III- Actividad muy limitada
 II- Actividad normal con limitaciones IV- Incapacidad de cuidarse

Dosis diaria propuesta de RBV: _____ mg

Dosis semanal propuesta de Peg-INF: _____ µg

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____

Consideraciones que juzgue relevantes: