

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 _____

TRATAMIENTO REALIZADO

- Paritaprevir-Ritonavir/Ombitasvir/Dasabuvir
- Paritaprevir-Ritonavir/Ombitasvir/Dasabuvir + Ribavirina
- Sofosbuvir + Velpatavir
- Sofosbuvir + Velpatavir + Ribavirina

Fecha de fin de tratamiento: ____/____/____

Tratamiento completo: Si
 No Causa y fecha de suspensión: _____

Carga Viral finalizado el tratamiento: _____ UI/ml Fecha: ____/____/____

Carga Viral semana 12 de finalizado el tratamiento (RVS): _____ UI/ml Fecha: ____/____/____