

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para 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 _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control del mes: ___/___/___ F. Inicio Trat. ___/___/___ Semana de trat. Nº: ___

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: No Si Cuales: _____

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

Para el mes de : _____

- Sofosbuvir + Daclatasvir
- Glecaprevir + Pibrentasvir

INGRESO POR SISTEMA