

Formulario de RESUMEN de tratamiento de Hepatitis C

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

TRATAMIENTO REALIZADO

- Sofosbuvir + Daclatasvir
 Glecaprevir + Pibrentasvir + Sofosbuvir

Fecha de fin de tratamiento: ____/____/____

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

Carga Viral a las 12 semanas de finalizado el tratamiento (RVS): No Si

Resultado: Positivo Negativo

Fecha: ____/____/____

Evaluada por: Carga viral PCR de Virus C

Enfermedad replicativa actual: No Si

Evaluada por: Carga viral PCR de Virus C