FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

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 _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNOSTICO

Fecha del diagnóstico: ____/____/_____

☐ Hepatitis Crónica.
☐ Cirrosis con Hipertensión portal
☐ Cirrosis sin Hipertensión portal
☐ Hepatitis aguda / GlomeruloNMP
☐ Cirrosis en lista de espera para trasplante hepático
☐ Cirrosis con antecedentes de ascitis
☐ Hepatitis C post trasplante hepático
☐ Otro Especifique: _____

Confirmado por: ☐ APRI ☐ Elastografía hepática ☐ Evidencia clínica ☐ Biopsia hepática

Fecha del estudio: __/__/____

SITUACIÓN CLÍNICA

Estadio de enfermedad hepática: ☐ F0-F1 ☐ F2 ☐ F3 ☐ F4

Asintomático? ☐ No ☐ Si

Manifestaciones extrahepáticas? ☐ No ☐ Si Cuál? ☐ Crioglobulinemia ☐ Porfiria cutánea tarda
☐ Nefropatía ☐ Púrpura trombocitopénica
☐ Otra. Cuál?_____

TRATAMIENTO PREVIO

☐ NO ☐ SI

Tratamiento con Peginterferón + Rivarina ☐ No ☐ Si Fecha de inicio: _/__/____

Tratamiento con Antivirales directos ☐ No ☐ Si Fecha de inicio: _/__/____
Especifique plan: _____

Otro tratamiento previo ☐ No ☐ Si Fecha de inicio: _/__/____ Cuál?_____

RESPUESTA A TRATAMIENTO PREVIO

☐ Recaedor ☐ No respondedor
☐ Intolerancia ☐ cura virológica/reinfección
☐ Otra situación. Cuál?_____

INGRESO POR SISTEMA

BIOQUIMICA

Hepatograma:

BTotal __ __,__ mg BD __ __,__ mg TGO __ __ __ __ TGP __ __ __ __ F.Alcalina __ __ __ __

GGT __ __ __ __ Alb: __,__ __ mg/dl INR __ __,__

Función renal: Creatininemia __ __,__ __ FG:__ __ __ MELD: __ __ __ __ __ APRI: __ __ , __ __

Hemograma: Glób. Blancos: __ __ __ __ __ Hb __ __,__ Plaquetas __ __ __ __ mil

HbsAg: ☐ Positivo ☐ Negativo Anti HBs: ☐ Positivo ☐ Negativo Anticore VHB: ☐ Positivo ☐ Negativo VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo

Si corresponde:

Carga viral VIH: __ __ __ __ __ __ __ UI/ml __ , __ __ Log CD4: __ __ __ __ Fecha: __/__/____

Carga viral VHB: __ __ __ __ __ __ __ UI/ml __ , __ __ Log Fecha: __/__/____

CARACTERÍSTICAS INFECCIÓN VHC:

Enfermedad replicativa demostrada por:
Carga viral: ☐No ☐Si
Genotipo viral: ☐No ☐Si Genotipo viral: __
PCR de Virus C: ☐No ☐Si

Vía probable de adquisición: ☐ UDIV ☐ Transfusión ☐ Trasplante ☐ Hemodiálisis ☐ Vertical ☐ Sexual ☐ Accidente laboral ☐ Desconocida

Infección VHC pareja: ☐ No ☐ Si Recibe tratamiento actualmente: ☐ No ☐ Si Cura virológica: ☐ No ☐Si

Hijos con infección VHC: ☐ No ☐ Si N° de hijos con infección: ___

COMORBILIDADES

	SI	NO
Coinfección VIH		
Coinfección VHB		
Obesidad		
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Dislipemia		
Insuficiencia renal		
Diálisis		
Reflujo gastroesofágico		
Ulcera gastroduodenal		
Gastroduodenitis		
Tabaquismo actual		
Consumo de cocaína actual		
UDIV actual		
Insuficiencia cardíaca		
EPOC		
Patología psiquiátrica		
Otras		
Especificar:		

INGRESO POR SISTEMA

TRATAMIENTOS CONCOMITANTES

Fármaco	Dosis	Motivo

TRATAMIENTO SOLICITADO

☐ Sofosbuvir + Daclatasvir
☐ Glecaprevir + Pibrentasvir

Duración del tratamiento: ☐ 8 semanas ☐ 12 semanas ☐ 16 semanas ☐ 24 semanas

Peso (kg): __ __ __, __ __ Altura (cm): __ __ __ IMC: __ __ Superfície corporal: ____, __.

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA