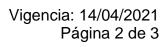




Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de la infección por el VIRUS de la Hepatitis C

Fecha de solicitud :/
Nombre del paciente C.I
Edad: años Sexo: □ Femenino □ Masculino Institución de origen
MEDICO SOLICITANTE:
Nº de caja profesional NombreFirma
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:
Fecha del estudio:/_/
SITUACIÓN CLÍNICA
SITUACIÓN CLÍNICA Estadio de enfermedad hepática: □ F0-F1 □ F2 □ F3 □ F4
Estadio de enfermedad hepática: ☐ F0-F1 ☐ F2 ☐ F3 ☐ F4
Estadio de enfermedad hepática:
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? Crioglobulinemia Púrpura trombocitopénica Otra. Cuál? Otra.
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
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: /_/
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:



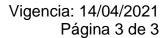


ОΙ	\sim	\sim	ш	п	N	Л	ı	\sim	Λ
ВΙ	U	u	u	"	I١	/	ı	u	А

Hepatograma:							
BTotal, n	ng BD,_	_mg TGO	TGF	·	F.Alcalir	a	
GGT	Alb:,	_mg/dl INR _					
Función renal:	Creatininem	ia,	FG:	_ MELD:		APRI:, _	
Hemograma:	Glób. Blanco	os:	Hb	_, Pla	aquetas	mil	
HbsAg: □ Positivo □ Negativ		s: Positivo Negativo	Anticore VI	HB: □ Posi □ Nega		/IH: □ Positivo □ Negativo	
Si corresponde:							
Carga viral VIH: _		UI/mI	,	Log	CD4:	Fecha:/_	/
Carga viral VHB:		UI/mI		_ Log		Fecha:/_	_/
CARACTERÍSTICAS INFECCIÓN VHC:							
Enfermedad replicativa demostrada por:							
Carga viral:	□No □S	Si					
Genotipo viral:		•	iral:				
PCR de Virus C:	□No □S	3i					
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:		





Fármaco	Dosis	Motivo
TRATAMIENTO SOLICITADO		
□ Sofosbuvir + Daclatasvir		
☐ Glecaprevir + Pibrentasvir		

Superfície corporal: _

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

Consideraciones que juzgue relevantes:

Peso (kg): ____, __ Altura (cm): ___ IMC: ___