



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

DATOS DEL AFILIADO

Resumen Historia Clínica Evaluación Tratamiento y Seguimiento de Pacientes con Hepatitis Crónica "C" para el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias

NOMBRE Y APELLIDO (o código HIV-SIDA): Nº BENEFICIARIO:

DNI - TIPO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

SEXO: EDAD:

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

Ac. Anti HCV: Fecha:

HCV-RNA cualitativo Fecha:

HCV-RNA cuantitativo Fecha:

Genotipo:

Alfa Feto Proteína (AFP):

Confección: VIH: Hepatitis B:

Transplante Hepático: No Si Fecha:

OTRAS COMORBILIDADES

ESTILO DE VIDA QUE INTERESEN AL TRATAMIENTO

Adicción: a Drogas: **SI** Inscrito en plan de recuperación **SI** **NO** Fecha de inscripción:

Alcoholismo: **SI** Inscrito en plan de recuperación **SI** **NO** Fecha de inscripción:

OTRAS COMORBILIDADES

Criterio para la indicación de tratamiento listado de fundamento terapéutico:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

No: Si: Drogas: Fecha:

Respuesta al tratamiento previo:

Nula: Parcial:

Estadio de Fibrosis por elastografía: (Dos informes distinto profesional), o 1 Biopsia Hepática

Adjuntar dos Protocolos de Elastografía

Adjuntar Protocolo de Biopsia Hepática

Puntuación de la Escala Child-Pugh documentada por valores de referencia de laboratorio y clínicos

Hasta 6

Entre 7-9

10 a 15

Adjuntar Protocolo de Carga Viral basal (UI/ml y log-10)

Adjuntar Protocolo Carga Viral 12 semanas

Adjuntar Protocolo Carga Viral 24 semanas

Tratamiento Monodrogas Utilizadas /Dosis

1) Fecha Inicio Dosis

2) Fecha Inicio Dosis

3) Fecha Inicio Dosis

4) Fecha Inicio Dosis

Completo el tratamiento: **SI** **NO** Motivo de la interrupción:

Fecha de la interrupción:

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica Hepatitis C: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Informe de genotipo.
- Carga viral cuantitativa semana 1, 12 y 24 y serología.
- Biopsia hepática o cualquier método validado de determinación de fibrosis, ya sea Fibroscan, Fibrotest, ARFI o APRI.

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:

TELÉFONO:

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /