

FORMULARIO INICIAL Y DE ACTUALIZACIÓN PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C CRÓNICA DE PACIENTE COINFECTADO CON VIH

INI COINF C Y ACT COINF C

CÓDIGO DE PACIENTE

a	b	c	d	e	f				

a: Sexo (M = masculino, F = femenino)

b: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)

c: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

d: Día de nacimiento (DD)

e: Mes de nacimiento (MM)

f: Año de nacimiento (AAAA)

FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

dd		mm		aaaa			

DNI: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

HOSPITAL: _____ JURISDICCIÓN: _____

MÉDICO TRATANTE: _____ CONTACTO: Tel. _____

E-mail: _____

Fecha diagnóstico de VIH: / /

TRATAMIENTOS PREVIOS para VHC: SI TIEMPO DE TRATAMIENTO: _____ NO

MEDICACIÓN RECIBIDA: _____ FECHA DE INICIO: / /

CAUSA DE SUSPENSIÓN: ABANDONO TOXICIDAD RECAÍDA

NR (NO RESPONDEDOR): RESPONDEDOR NULO RESPONDEDOR PARCIAL

OTROS: _____

BIOPSIA HEPÁTICA

Fecha	Sistema (ISHAK/METAVIR)	Fibrosis Score	Cirrosis (S/N)

GENOTIPO VHC

Fecha	Genotipo

ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA

Fecha	KILOPASCALES	Fibrosis Score	Cirrosis (S/N)

FIBROTEST

Fecha	(KILOPASCALES)	Fibrosis Score	Cirrosis (S/N)

Carga Viral VHC UI/ml absoluto (log): _____ Fecha: ___/___/___

CÓDIGO DE PACIENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ANÁLISIS BIOQUÍMICO

Fecha	ALT/AST	Semana
		Basal:
		Semana 12
		Semana 24
		Semana 48
		Semana 72

Vacuna VHB N° dosis: _____

Vacuna VHA N° dosis: _____

AL MOMENTO DE INICIO TRATAMIENTO PARA VHC:

CD4 (valor absoluto y %): _____

Carga Viral VIH copias/ml (log): _____

TARV ACTUAL: _____

ANÁLISIS SEROLÓGICO

SEROLOGÍAS	Fecha	Resultado
Anti-VHC		
HBs Ag		
Anti-HBs		
HBe Ag		
Anti-Hbe		
Anti-HBc		
VHA IgG		

TRATAMIENTO VHC CRÓNICA:

DROGAS SOLICITADAS

Droga*	Dosis (mcg)	Peso (kg)	Duración estimada (meses)
Peg IFN (Indicar dosis semanal)			
Ribavirina (Indicar dosis diaria)			

CARGA VIRAL VHC

	Carga viral UI/ ml absoluto/(log)	Metodología	Fecha
Basal			
Semana 4			
Semana 12			
Semana 24			
Semana 48			
Semana 72			
6 ^{to} mes post tratamiento			

Solicitud de CV intratratamiento	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Suspensión (motivo)(1)	Respuesta al tratamiento (2)	Semana	Fecha
		12	
		24	
		48	
		72	

1) Indicar motivo de la suspensión: toxicidad (indicar efecto adverso presentado), falta de adherencia, falta de respuesta, fin de tratamiento.

2) Indicar el tipo de respuesta que está presentando el paciente: RVR, RVT completa, RVT parcial, respondedor parcial, respondedor nulo, RFT.

LAS SECCIONES RECUADRADAS DE ESTE FORMULARIO DEBERÁN SER COMPLETADAS Y ENVIADAS NUEVAMENTE EN LA ACTUALIZACIÓN 6 MESES LUEGO DE FINALIZADO EL TRATAMIENTO (RVS).

FIRMA Y SELLO
MÉDICO PRESCRIPTOR

FIRMA Y SELLO
JEFE DEL PROGRAMA

