

# FORMULARIO PARA LA SOLICITUD INICIAL DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C y/o HEPATITIS B MONOINFECTADOS

**INI  
C-B**

## FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

dd		mm		aaaa			

DNI: \_\_\_\_\_ PAÍS DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_

JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_ MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

CONTACTO: Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS PREVIOS para VHC: SI  TIEMPO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ NO

TRATAMIENTOS PREVIOS para VHB: SI  TIEMPO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ NO

MEDICACIÓN RECIBIDA: \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO: / /

CAUSA DE SUSPENSIÓN: ABANDONO  TOXICIDAD  RECAÍDA

NR (NO RESPONDEDOR): RESPONDEDOR NULO  RESPONDEDOR PARCIAL

OTROS: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS SEROLÓGICO:

SEROLOGÍAS	Fecha	Resultado
Anti-VHC		
HBsAg		
Anti-HBs		
Hbe Ag		
Anti-Hbe		
Anti-HBc		
VIH ELISA		
VHA IgG		

### ANÁLISIS BIOQUÍMICO:

Fecha	ALT/AST

Vacuna VHB N° dosis: \_\_\_\_\_

Vacuna VHA N° dosis: \_\_\_\_\_

### GENOTIPO VHC:

Fecha	Genotipo

Carga Viral VHC UI/ml absoluto (log): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Carga Viral VHB UI/ml absoluto (log): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# FORMULARIO PARA LA SOLICITUD INICIAL DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C y/o HEPATITIS B MONOINFECTADOS

**INI  
C-B**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

## BIOPSIA HEPÁTICA

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

## ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA

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

## FIBROTEST

Fecha	Resultados	Fibrosis Score	Cirrosis (S/N)

## TRATAMIENTO VHC CRÓNICA: DROGAS SOLICITADAS

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

## TRATAMIENTO VHB CRÓNICA: DROGAS SOLICITADAS

Droga**	Dosis diaria (mg) Dosis semanal (mcg)	Duración estimada (meses)

Solicitud de CV intratratamiento hasta semana 24	Si	No (adjuntar carta compromiso)

\* El tratamiento se autorizará por los primeros 6 meses para VHC. La continuidad del tratamiento requiere el envío del formulario de actualización completo (ACT C) para la entrega de medicación para los próximos 6 meses. El formulario de actualización deberá enviarse entre el **cuarto y quinto mes** de tratamiento con los resultados de la carga viral de la semana 4 y 12, de lo contrario se dará baja el tratamiento.

\*\* El tratamiento se autorizará inicialmente por 9 meses para VHB. La continuidad del tratamiento requiere a partir del noveno mes el envío del formulario de actualización (ACT B) para la entrega de medicación, y luego cada 6 meses.

FIRMA Y SELLO  
MÉDICO PRESCRIPTOR

FIRMA Y SELLO  
JEFE DEL PROGRAMA