

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO
HEPATITIS C

POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA

EDAD	SEXO
DNI	AFILIADO
DIAGNÓSTICO	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Aclarar resultados de serologías para VHA, VHB, HIV e incluir evaluación de otras causas de falla hepática crónica como Hepatitis autoinmune, enfermedades metabólicas como por ejemplo déficit de alfa-1 antitripsina o hemocromatosis)

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

DATOS DE LABORATORIO (necesarios antes de iniciar el tratamiento)

HCV-RNA:	Logs:
Genotipo	Polimorfismo IL-28B
Hto	Cr
Hb	Cl Cr
GB/PMN	Glu
Plaq	Albúmina
TSH	Bilirrubina total

ESTUDIOS DE IMÁGENES (Aclarar tipo de estudio y resultados, puede adjuntar copia del informe)

Eco Abdominal
Doppler hepático
Endoscopia digestiva alta:
Evaluación Oftalmológica
Evaluación Psiquiátrica

Evaluación del grado de fibrosis (Cuando corresponda. Puede adjuntar copia del informe)

Biopsia Hepática
Elastografía Hepática
Fibrotest

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Seguimiento (Semanal las primeras 6 a 8 semanas)

TSH:
Examen oftalmológico:
Carga viral para VHC (Recomendada en semanas 4, 12, 24, 48 y 72):

TRATAMIENTO PROPUESTO
DROGA
DOSIS
VIA DE ADMINISTRACIÓN
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Médico tratante (Firma y sello)
Teléfono de contacto:

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

RESERVADO PARA AUDITORIA		
SE RECOMIENDA AUTORIZAR:	SI	NO
Marcar el que corresponda		
JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:		
Médico interviniente (Firma y sello)		