



**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

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

Ecografía hepática:

Doppler Hepatico

Elastografía Hepática

**ANATOMÍA PATOLÓGICA** (Cuando corresponda. Puede adjuntar copia del informe)

Seguimiento **A todos debe realizarse alfa fetoproteína y ecografía abdominal cada 6 meses para screening para hepatocarcinoma.**

(En pacientes con HBeAg+)

TGP (Si la TGP es normal realizar controles cada 3-6 meses. Si persistiera elevada considerar biopsia hepática):

HBV DNA (Recomendado cada 6 meses):

Seropositividad para HBeAg cada 6 meses)

Seguimiento (En pacientes con HBeAg-)

Si HBV DNA <2000 y TGP normal, reevaluar cada 3 meses por un año

Si TGP x2 y HBV DNA > 20.000, considerar tratamiento

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

Si TGP x1-2 y HBV DNA 2000-20.000, repetir estudios en 3 meses y si anormal biopsia y eventualmente tratamiento

**TRATAMIENTO PROPUESTO**

DROGA

DOSIS

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

e-mail:

**RESERVADO PARA AUDITORIA**

SE RECOMIENDA AUTORIZAR:            SI                            NO

Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

Médico interviniente (Firma y sello)