



FR260

HEPATITIS C (Resolución 731/23)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO: _____

LUGAR DE ATENCIÓN: _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

ESTADÍO DE FIBROSIS: _____

GENOTIPO: _____

SUBGENOTIPO: _____

COINFECCIÓN CON HIV: _____

ANTECEDENTES DE TRASPLANTE DE HÍGADO: _____

CARGA VIRAL AL INICIO DEL TRATAMIENTO		CARGA VIRAL AL FINAL DEL TRATAMIENTO	
FECHA		FECHA	
ARN		ARN	

ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL ACTUAL

FECHA:...../...../..... TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____

PRESCRIPCIÓN:

RP1) _____

RP2) _____

RP3) _____

RP4) _____

CANTIDAD DE SEMANAS DE TRATAMIENTO: _____

RESPUESTA VIRAL OBTENIDA: _____

FUNDAMENTO CLÍNICO (RESUMEN DE HISTORIA DEL ESTADO ACTUAL)

FECHA ACTUAL:...../...../.....

FIRMA Y SELLO DE INFECTÓLOGO

LA PRESENTE RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE LOS INFORMES DE LOS ESTUDIOS RESPALDATORIOS.

OBSERVACIONES DE AUDITORÍA MÉDICA:
