

PROTOCOLO HEPATITIS C

Fecha:/...../.....

1 de 1

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Genotipo viral: Resultado: _____ Fecha/...../.....
- Carga viral inicial: Resultado: _____ Fecha/...../.....
- Estadío de fibrosis: Resultado: _____ Fecha/...../.....
- Coinfección HIV SI NO
- Trasplante hepático SI NO

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha de inicio	Fecha de suspensión	Motivo de suspensión

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional y fundamentos terapéuticos del tratamiento indicado)

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Cantidad de semanas: _____

Fecha estimada de finalización/...../.....

FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Carga Viral post tratamiento _____ Fecha de determinación ____/____/____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO HEPATITIS C

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Protocolo Hepatitis C original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, estado actual).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Consentimiento informado.
- Estudios de diagnóstico: carga viral, biopsia hepática, elastografía hepática.

FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO

- Protocolo Hepatitis C original completo en todos los campos.
- Carga viral post tratamiento.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: _____ Firma: _____
Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN: _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.