

PROTOCOLO DE HEPATITIS C

Ministerio De Salud De La Nacion - Superintendencia De Servicios De Salud - Res 046/17

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

EVALUACIÓN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA EL SISTEMA DE TECNOLOGIAS SANITARIAS EMERGENTES

RNOS: _____ Fecha:/...../.....
Nombre y Apellido (o código HIV-SIDA) _____
DNI: _____ Sexo: _____
Edad: _____ Fecha de diagnóstico: _____

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

Ac. Anti HCV: _____ Fecha:/...../.....
HCV-RNA cualitativo: _____ Fecha:/...../.....
HCV-RNA cuantitativo: _____ Fecha:/...../.....
Genotipo: _____
Alfa Feto Proteína (AFP) _____
Coinfección: _____ HIV: _____ Hepatitis B: _____
Trasplante Hepático: SI NO Fecha:/...../.....
Otras Comorbilidades: _____
Puntuación de la escala Child-Pugh documentada por valores de referencia de lab. y clínicos:
Hasta 6 Entre 7 - 9 10 a 15

ESTILO DE VIDA QUE INTERESEN AL TRATAMIENTO

Adicción a drogas: SI NO Inscrito en programa de recuperación: _____ Fecha:/...../.....
Alcoholismo: SI NO Inscrito en programa de recuperación: _____ Fecha:/...../.....
Criterio para la indicación de tratamiento listado de fundamento terapéutico: _____

TRATAMIENTO PREVIO

NO: _____ SI: _____ Drogas: _____ Fecha:/...../.....
Repuesta al tratamiento previo: _____ Nula: _____ Parcial: _____
NO: _____ SI: _____ Drogas: _____ Fecha:/...../.....
Repuesta al tratamiento previo: _____ Nula: _____ Parcial: _____

ESTUDIOS

Estadío de fibrosis por elastografía: (Dos informes distinto profesional) o 1 Biopsia Hepática
Adjuntar dos protocolos de Elastografía
Adjuntar protocolo de Biopsia Hepática
Adjuntar Protocolo de Carga Viral basal (UI/ml y log-10)
Adjuntar protocolo Carga Viral 12 semanas
Adjuntar protocolo Carga Viral 24 semanas

TRATAMIENTO INDICADO

Tratamiento Monodrogas Utilizadas / Dosis
1) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____
2) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____
3) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____
4) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____
Completó tratamiento: SI No
Motivo de la interrupción:...../...../..... Fecha de la interrupción:...../...../.....

El presente protocolo debe ser completo en todos sus campos y debe estar acompañado por los estudios respaldatorios

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____
Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____
Tel.: _____ Cel: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE HEPATITIS C

Ministerio De Salud De La Nacion - Superintendencia De Servicios De Salud - Res 046/17

Estimado/a Afiliado/a:

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

INICIO

- Prescripción medica 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.
- Protocolo Hepatitis (según corresponda B o C), original y completo en todos los campos.
- Consentimiento informado.
- Estudios de diagnóstico: Carga Viral, Biopsia Hepática o dos Elastografía Hepática (Fibroscan) Firmadas por distinto profesional.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo Hepatitis, original y completo en todos los campos.
- **Carga** Viral actualizada.
- **Puede requerirse ampliar información en Resumen de Historia Clínica, relato.**

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción medica de la medicación en **original/copia** y duplicado en caso de que corresponda. 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.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento o aumento de dosis.
- Protocolo Hepatitis, original y completo en todos los campos.
- Consentimiento informado.

IMPORTANTE: Por Hepatitis C, una vez completadas las primera 12 semanas de tratamiento, se deberá enviar, escaneado por mail, laboratorio de control con carga viral.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoria Médica.**