



400/16

Superintendencia de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación

## MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA EL SISTEMA DE TUTE LAJE HEPATITIS C

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - EVALUACION TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PACIENTES CON HEPATITIS "C" CRONICA PARA EL SISTEMA DE TUTE LAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS**

NOMBRE Y APELLIDO (o código HIV-SIDA):

Nº DE BENEFICIARIO:

FECHA NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_

DOC. IDENTIDAD, TIPO:

NRO:

SEXO: F / M

Diagnóstico de la Infección:

Ac. Anti HCV:

Fecha: \_\_\_\_\_

HCV-RNA cualitativo:

Fecha: \_\_\_\_\_

HCV-RNA cuantitativo:

Fecha: \_\_\_\_\_

Genotipo: \_\_\_\_\_

Alfa Feto Proteína (AFP): \_\_\_\_\_

Coinfección: VIH: \_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_

Transplante Hepático No Si Fecha: \_\_\_\_\_

Otras Comorbilidades:

Estilo de Vida que interesen al tratamiento

Adicción: a Drogas: Si Inscrito en plan de recuperación Fecha de inscripción:

Alcoholismo Si Inscrito en plan de recuperación Fecha de inscripción:

Criterio para la indicación de tratamiento listado de fundamento terapéutico:

**Tratamiento previo para la Hepatitis C**

No: Si: Drogas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Respuesta al tratamiento previo:

Nula:

Parcial:

Estadio de Fibrosis por elastografía: (Dos informes distinto profesional), o 1 Biopsia Hepática

Adjuntar dos Protocolos de Elastografía

Adjuntar Protocolo de Biopsia Hepática

Puntuación de la Escala Child-Pugh documentada por valores de referencia de lab. y clínicos

Hasta 6

Entre 7-9

10 a 15



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Adjuntar Protocolo de Carga Viral basal (UI/ml y log-10)

Adjuntar Protocolo Carga Viral 12 semanas

Adjuntar Protocolo Carga Viral 24 semanas

Tratamiento Monodrogas Utilizadas /Dosis

1)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

2)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

3)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

4)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

Completó el tratamiento: Si: No: Motivo de la interrupción:

Fecha de la interrupción:

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Auditor Médico