



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 Inscripto en plan de recuperación Fecha de inscripción: _____

Alcoholismo Si Inscripto 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