



**ANEXO II**

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECÍFICA HEPATITIS "C" EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

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

NOMBRE Y APELLIDO (O CODIGO HIV-Sida)

Nº DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y Nº

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F/M

**DIAGNOSTICO DE INFECCION**

Ac. Anti HCV

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

HVC-RNA cualitativo:

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

HCV-RNA cuantitativo:

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

Genotipo: .....

Alfa Feto Proteína (AFP): .....

Confección: VIH: ..... Hepatitis B: .....

Trasplante Hepático: NO  SI  FECHA: ..... / ..... / .....

Otras Comorbilidades: .....

**ESTILO DE VIDA QUE INTERESEN AL TRATAMIENTO**

• ADICCIÓN:

Drogas:  Inscrito en plan de recuperación: SI  NO  Fecha de inscripción: ..... / ..... / .....

Alcoholismo:  Inscrito en plan de recuperación: SI  NO  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: .....

Estadío de Fibrosis por elastografía: (Dos informes de distinto profesional) ó Biopsia Hepática.

Adjuntar dos protocolos de Elastografía

Adjuntar protocolo de Biopsia Hepática

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

Hasta 6  
Entre 7-9  
Entre 10-15

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: ...../...../.....

.....  
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Médico