



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

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

Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE Y APELLIDO (O CODIGO HIV-Sida)

N° DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F/M

Resumen de HC (con antecedentes)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Está coinfectado con HCV crónica? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)

¿Está coinfectado con HIV? SI / NO (marque con un círculo la opción que corresponda)

Estado funcional actual:

Diagnóstico:

Fecha del diagnóstico: / /

Child Pugh:

MELD calculado:

LABORATORIO ESPECIFICO HEPATITIS B	Fecha: ____ / ____ / ____
Ag HBs (en UI/ml):	Fecha: ____ / ____ / ____
Ag HBe:	Fecha: ____ / ____ / ____
Ac. Anti HBe (RP):	Fecha: ____ / ____ / ____
DNA- HBV (en UI/ml):	Fecha: ____ / ____ / ____
Genotipo HBV (solo con tratamientos con IFN pegilado)	Fecha: ____ / ____ / ____
Carga viral basal (UI/ml)	Fecha: ____ / ____ / ____
Carga Viral Basal (log-10)	Fecha: ____ / ____ / ____



**Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8**

Alfa Feto Proteína (AFP): Fecha: ____ / ____ / ____

Grado de fibrosis

Biopsia hepática: NO SI FECHA: / /

Datos relevantes de la Biopsia:

Elastografía / Fibroscan NO FECHA: / /

Datos relevantes de la Elastografía:

Tratamiento previo	Fecha	Tiempo de tratamiento	Respuesta Observada	Detalles de la respuesta
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	
			<input type="radio"/> Nula <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Recaída intratratamiento <input type="radio"/> Recaída <input type="radio"/> Desconocida	

Medicación que solicita actualmente para el tratamiento inicial (o de continuidad) de la hepatitis B Crónica de su paciente:

1) Medicamento 1

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI NO

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

2) Medicamento 2

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI NO

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?

3) Medicamento 3

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI NO

En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?

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

.....
Firma y sello Auditor Médico