

FORMULARIOS SUR MÓDULO HEPATITS





RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA HEPATITS B Y C CRÓNICAS

IMPORTANTE: en caso de paciente con VIH no se deben completar los datos personales, sólo debe colocarse la codificación.

Nombres y Apellidos:

N° de Beneficiario:

Fecha de nacimiento: / /

DNI N°

Código de paciente (paciente VIH):

Sexo: F M

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

Diagnóstico:

Fecha de diagnóstico: / /

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Antígeno de Superficie (HBsAg) en UI/ml:

Antígeno e (HBeAg):

Anticuerpos anti-HBe (RP):

DNA-HBV :

Genotipo HBV (en tratamientos con IFN):

LABORATORIO ESPECÍFICO DE PORTACIÓN CRÓNICA DE HCV

Anti-HCV:

RNA-HCV cualitativo:

RNA-HCV cuantitativo (con niveles de detección de 15 UI/ml):

Genotipo y subtipo de HCV:

Grado de fibrosis:

Fecha:

Biopsia: S/N (resumen relevante)

Elastografía Hepática: S/N

Carga Viral Basal (UI/ml)

Carga Viral Basal (log-10)

Child-Pugh

Alfa Feto Proteína (AFP)

Tratamiento solicitado previo

Nula:

Parcial:

Recaída: intratamiento (Breakthrough)

Recaída:

Desconocida:

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.2.1



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____

con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al tratamiento de Medicación, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular y DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante