

FORMULARIO INICIAL Y DE ACTUALIZACIÓN PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C CRÓNICA DE PACIENTE COINFECTADO CON VIH

INI COINF C Y ACT COINF C

CÓDIGO DE PACIENTE

a	b	c	d	e	f				

a: Sexo (M = masculino, F = femenino)

d: Día de nacimiento (DD)

b: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)

e: Mes de nacimiento (MM)

c: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)

f: Año de nacimiento (AAAA)

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

dd		mm		aaaa			

DNI: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

HOSPITAL: _____ JURISDICCIÓN: _____

MÉDICO TRATANTE: _____ CONTACTO: Tel. _____

E-mail: _____

Vías de transmisión más probable de VHC (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- Transmisión vertical
- Relaciones sexuales con mujeres
- Relaciones sexuales con hombres
- Relaciones sexuales con trans
- Uso de drogas endovenosas y/o inhalatorias
- Transfusión sanguínea o derivados
 - ¿Dónde? (Ciudad/Institución) _____
 - ¿Cuándo? (mm/aaaa) ___ / ___
- Accidente laboral
- Otros ¿Cuál? _____
- Desconocida
- Hemodiálisis

Fecha diagnóstico de VIH: / /

TRATAMIENTOS PREVIOS para VHC: SI TIEMPO DE TRATAMIENTO: _____ NO

MEDICACIÓN RECIBIDA: _____ FECHA DE INICIO: / /

CAUSA DE SUSPENSIÓN: ABANDONO TOXICIDAD RECAÍDA

NR (NO RESPONDEDOR): RESPONDEDOR NULO RESPONDEDOR PARCIAL

BIOPSIA HEPÁTICA

GENOTIPO VHC

SI/NO	Fecha	Sistema (ISHAK/METAVIR)	Fibrosis Score	Cirrosis (S/N)	Fecha	Genotipo

ANÁLISIS BIOQUÍMICO

Fecha	ALT/AST	Semana
		Basal:
		Semana 12
		Semana 24
		Semana 48
		Semana 72

Vacuna VHB N° dosis: _____

Vacuna VHA N° dosis: _____

AL MOMENTO DE INICIO TRATAMIENTO PARA VHC:
CD4 (valor absoluto y %): _____

Carga Viral VIH copias/ml (log): _____

TARV ACTUAL: _____

ANÁLISIS SEROLÓGICO

SEROLOGÍAS	Fecha	Resultado
Anti-VHC		
HBs Ag		
Anti-HBs		
HBe Ag		
Anti-Hbe		
Anti-HBc		
VHA IgG		

TRATAMIENTO VHC CRÓNICA:
DROGAS SOLICITADAS

Droga*	Dosis (mcg)	Peso (kg)	Fecha
Peg IFN (Indicar dosis semanal)			
Ribavirina (Indicar dosis diaria)			

CARGA VIRAL VHC

Fecha	Carga viral UI/ ml absoluto/(log)	Metodología
Basal		
Semana 4		
Semana 12		
Semana 24		
Semana 48		
Semana 72		
6 ^{to} mes post tratamiento		

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Suspensión (motivo)(1)	Respuesta al tratamiento (2)	Semana	Fecha
		12	
		24	
		48	
		72	

1) Indicar motivo de la suspensión: toxicidad (indicar efecto adverso presentado), falta de adherencia, falta de respuesta, fin de tratamiento.

2) Indicar el tipo de respuesta que está presentando el paciente: RVR, RVT completa, RVT parcial, respondedor parcial, respondedor nulo, RFT.

* El tratamiento se autorizará por los primeros 6 meses para VHC. La continuidad del tratamiento requiere el envío de este formulario con las secciones recuadradas completas, para la entrega de medicación para los próximos 6 meses de tratamiento.

 La actualización del formulario deberá enviarse entre el **cuarto y quinto mes** de tratamiento con los resultados de carga viral de la semana 4 y 12, de lo contrario se dará de baja el tratamiento.

LAS SECCIONES RECUADRADAS DE ESTE FORMULARIO DEBERÁN SER COMPLETADAS Y ENVIADAS NUEVAMENTE EN LA AC-TUALIZACIÓN Y AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO