

FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

dd		mm		aaaa			

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____ EDAD: _____

HOSPITAL: _____ JURISDICCIÓN: _____

MÉDICO TRATANTE: _____ CONTACTO: Tel. _____

E-mail: _____

CARGA VIRAL VHB:

	Carga viral UI/ ml absoluto/(log)	Metodología	Fecha
Basal			
Semana 24			
Semana 48			
Semana 72			
Semana 96			

ANÁLISIS BIOQUÍMICO:

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

TRATAMIENTO VHB CRÓNICA:

DROGAS SOLICITADAS

Droga*	Dosis diaria (mg) Dosis semanal (mcg)

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Suspensión (motivo) (1)	Respuesta al tratamiento (2)	Semana	Fecha

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.

* La continuidad del tratamiento requiere, a partir del noveno mes, la renovación cada **6 meses** de este formulario actualizado.

ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER COMPLETADO Y ENVIADO NUEVAMENTE AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO.