

EFFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO DE VHB Y VHC CRÓNICA. SOLICITUD DE ERITROPOYETINA Y FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GM-CSF

**EPO
GM-CSF**

CÓDIGO DE PACIENTE (Sólo para paciente coinfectado con VIH)

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| a | b | c | d | e | f | | |

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

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

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

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

d: Día de nacimiento (DD)

e: Mes de nacimiento (MM)

f: Año de nacimiento (AAAA)

FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dd | | mm | | aaaa | |

NOMBRE Y APELLIDO (Sólo para paciente mono infectado) _____

DNI: _____ **EDAD:** _____

HOSPITAL: _____ **JURISDICCIÓN:** _____

MÉDICO TRATANTE: _____ **CONTACTO: Tel.** _____

E-mail: _____

PACIENTE BAJO TRATAMIENTO PARA **VHC CRÓNICA** O **VHB CRÓNICA**

| Droga | Dosis diaria | Duración Estimada | Hemoglobina |
|---|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| *Eritropoyetina | | | |
| | | | |
| | | | |
| *Factor estimulante de colonias de granulocitos (GM-CSF) | Dosis diaria | Duración Estimada | Neutrófilos (valor absoluto) |
| | | | |
| | | | |

* La medicación solicitada será entregada por 4 semanas, tras lo cual se requiere el reenvío de este formulario.

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno - (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
(005411) 4379-9210 / 4384-0324/0325 INT 130/133 agfsida@msal.gov.ar www.msal.gov.ar



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación