

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE)

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....Email.....

Nombre y apellido del paciente (no completar en caso de HIV/SIDA):	
CÓDIGO EN CASO DE HIV/SIDA:	
CUIL del paciente:	N° de afiliado
Fecha de nacimiento del paciente:	Sexo: Edad:
Resumen de historia clínica del paciente (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 GENERAL		FECHA:/...../.....	
HEMATOCRITO		FAL	
GL. BLANCOS		ALBUMINA	
PLAQUETAS		BIL TOTAL	
QUICK		BIL DIRECTA	
KPTT		BIL INDIRECTA	
CREATININA		TGO	
UREA		TGP	
HIV		Otros:	

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

LABORATORIO ESPECÍFICO HEPATITIS B	FECHA:...../...../.....
Ag HBs (en UI/ml):	¿Lleva más de 6 meses de positividad? SI / NO
Ag HBe:	
Ac. Anti Hbe (RP):	
DNA- HBV (en UI/ml):	
Genotipo HBV (solo con tratamientos con IFN pegilado)	
Carga viral basal (UI/ml)	
Carga Viral Basal (log-10)	
ALFAFETOPROTEINA	FECHA

GRADO DE FIBROSIS:			
BIOPSIA HEPATICA	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) Fecha de realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA BIOPSIA			
ELASTOGRAFÍA/FIBROSCAN	SI	NO	(Marque lo que corresponda con un círculo) Fecha de la realización:...../...../.....
DATOS RELEVANTES DE LA ELASTOGRAFÍA			

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamientos previos	Fecha de tratamiento	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada (Marcar con un círculo lo que corresponda)	Describa brevemente detalles de la respuesta
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	
			Nula o Parcial Recaída intratratamiento Recaída o Desconocida	

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

1) Medicamento 1

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

2) Medicamento 2

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿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

Nombre genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento:	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente.

.....
.....

Fecha de inicio:/...../..... ¿El paciente ha interrumpido el tratamiento de este medicamento en alguna oportunidad? SI / NO En el caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?.....

FIRMA DEL MÉDICO	SELLO	FECHA

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Que el Dr/a.....,
MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos)
..... para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: