

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – HEPATITIS B o C CRÓNICAS

NOMBRE Y APELLIDO: _____ SOCIO N°: _____
 (o Código Pac. VIH/SIDA)
 DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: F M
 CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: _____ Fecha Diag.: / /

Criterios de diagnóstico: _____

LABORATORIO ESPECÍFICO PARA PORTACIÓN CRÓNICA DE HBV

Antígeno de superficie (HBsAg) en UI/ml: _____ DNA-HBV cuantitativa en UI/ml: _____

Antígeno 'e' (HBeAg): _____ Genotipo HBV (en tratamiento con IFN peg): _____

Anticuerpos anti-HBe (RP): _____

LABORATORIO ESPECÍFICO PARA PORTACIÓN CRÓNICA DE HCV

Anti-HCV: _____ Genotipo y subtipo de HCV: _____

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

OTROS ESTUDIOS

Grado de Fibrosis: _____ Fecha: / /

Biopsia S / N (resumen relevante): _____

Elastografía hepática S / N: _____

Carga Viral Basal (UI/ml): _____ Child-Pugh: _____

Carga Viral Basal (log-10): _____ Alfa Feto Proteína (AFP): _____

TRATAMIENTO PREVIO

FECHA: / /

RESPUESTA Nula: Parcial: Recaída intratamiento: Recaída: Desconocida:

TRATAMIENTO SOLICITADO

HBV:

HCV:

Droga: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Tiempo estimado: _____ Fecha inicio de tratamiento: / /

Interrupción del tratamiento S / N: _____ Motivo: _____

Respuesta al tratamiento actual: _____



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PREPAGA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para recibir tratamiento con medicamentos

Droga _____

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, yo _____

DNI _____, o mi tutor o representante lega _____

DNI _____ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en _____

bajo la atención profesional de Dr. _____

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

