



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEPATITIS C

(Completar todos los campos)

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la/s droga.....

Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación inesperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

En.....a los.....días del mes dede 20....

Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI.....fecha de nacimiento.../.../....

firma.....

Datos del representante legal (para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica – o física que impida firmar-)

Nombre y apellido.....parentesco.....

DNI.....fecha de nacimiento.../.../....

firma.....

Datos del médico tratante

Nombre y apellido.....

Matrícula profesional.....

DNI.....

firma y sello (*donde conste especialidad*).....

OSPACP

HISTORIA CLÍNICA-HEPATITIS "C" PARA TUTELAJE

RENOS: 103600

PACIENTE (O COD. VIH):

Nº

BEN.:

DNI:

SEXO

EDAD:

FECHA DE
NACIMIENTO:DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

Ac. Anti HCV:

Fecha:

HCV-RNA cualitativo:

Fecha:

HCV-RNA cuantitativo:

Fecha:

GENOTIPO:

Alfa Feto Proteína (AFP):

Co-infección :

VIH

Hepatitis "B"

Fecha:

Transplante hepático:

Fecha

Niveles de TGO al inicio del tratamiento:

TGP al inicio del tratamiento:

OTRAS COMORBILIDADES

Estilo de vida que interesan al tratamiento:

Drogas:

Inscrito en plan de recuperación:

Fecha:

Alcoholismo:

Inscrito en plan de recuperación:

Fecha:

CRITERIO PARA LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO LISTADO DE FUNDAMENTO TERAPÉUTICO

Tratamiento previo para la hepatitis "C":

Drogas:

Fecha:

Respuesta al tratamiento previo

Nula:

Parcial:

ESTADIO DE FIBROSIS POR ELASTOGRAFÍA (presentar dos informes con distinto profesional)

Estadio de fibrosis por elastografía informado por profesional 1:

Estadio de fibrosis por elastografía informado por profesional 2:

Informe de biopsia hepática:

Adjuntar dos protocolos de elastografía o de biopsia hepática: Genotipo 1: se comenzará el tratamiento con una biopsia hepática que demuestre anatomopatológicamente fibrosis significativa (METAVIR= F2 o score de Ishak= F3), Genotipos 2 y 3: podrían tratarse sin realización de biopsia hepática, los pacientes podrían tener fibrosis leve

Puntuación de la escala CHILD-PUGH documentada por valores de referencia de lab. y clínicos:

.Hasta 6

.Entre 7-9

.De 10 a 15

Adjuntar Protocolo de Carga viral basal (UI/mg y log-10)

Adjuntar Protocolo Carga viral 12 semanas

Adjuntar Protocolo Carga viral 24 semanas

TRATAMIENTO MONODROGAS UTILIZADAS/DOSIS

- | | | |
|----|---------------|--------|
| 1) | Fecha inicio: | Dosis: |
| 2) | Fecha inicio: | Dosis: |
| 3) | Fecha inicio: | Dosis: |
| 4) | Fecha inicio: | Dosis: |

Completo el tratamiento:

Motivo de la interrupción:

Fecha de la interrupción:

MODULO DE ABORDAJE PARA INFECCIÓN CRÓNICA DE HEPATITIS "C"

Fecha de inicio del tratamiento:

Fecha de finalización del tratamiento:

Cobertura po 12/18 semanas

Cobertura por 24 semanas

Fecha:

FIRMA Y SELLO
MEDICO TRATANTEFIRMA Y SELLO
MEDICO AUDITOR