

FECHA DE SOLICITUD

Fecha de llenado de esta ficha

dd		mm		aaaa					

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **DNI:** _____ **EDAD:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___ **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

PERFIL DEL VIRUS B

	Age	antiHBe	AgS	AntiS	Fecha
Basal					
Semana 24					
Semana 48					
Semana 72					
Semana 96					

TRATAMIENTO VHB CRÓNICA DROGAS SOLICITADAS

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

Solicitud de CV intratratamiento hasta semana 72	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

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

1) Indicar motivo de la suspensión: toxicidad (indicar efecto adverso presentado), falta de adherencia, falta de respuesta, fin de tratamiento.

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

FIRMA Y SELLO
MÉDICO PRESCRIPTOR

FIRMA Y SELLO
JEFE DEL PROGRAMA