

Solicitud de Prestación: Carga Viral y/o Test de Genotipificación para Hepatitis C

Jurisdicción :

N°:

N°	DATOS DEL PACIENTE					Hospital Efector	Fecha de Solicitud Médica	Médico Solicitante	Mail del prescriptor	Tratamiento HCV (indicar: Peg-IFN + RBV / Peg-IFN + RBV + Boceprevir / Peg-IFN + RBV + Telaprevir)	Es
	<i>Pac. co-infectados con VIH</i> : código 1 <i>Pac. mono-infectados</i> : nombre y apellido completo y fecha de nac.			Número de DNI /L.E./ L.C./ Pasaporte/ Doc. Extranjero							Status ante VIH
	Sexo	Codigo / nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Tipo Doc	N° Doc						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

1
Códi

