



PLANILLA 110 - HEPATITIS C

IMPORTANTE: (1) El afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante con copia de las recetas y del protocolo en el sector Farmacia. (2) Cualquier reclamo por error en la autorización, deberá realizarlo dentro de los 30 días de retirada la autorización. Pasado ese lapso y si Ud. advirtiere del error, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario. (3) La resolución será entregada al afiliado luego de los ochos días hábiles en el sector Farmacia

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

TELÉFONO

POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA

EDAD	SEXO
DNI	AFILIADO
DIAGNÓSTICO	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Aclarar resultados de serologías para VHA, VHB, HIV e incluir evaluación de otras causas de falla hepática crónica como hepatitis autoinmune, enfermedades metabólicas como por ejemplo déficit de alfa-1 antitripsina o hemacromatosis)

DATOS DE LABORATORIO (necesarios antes de iniciar el tratamiento)

HCV- RNA



APELLIDO Y NOMBRE _____

FECHA _____

DNI _____

Logs	
Genotipo HCV:	
Hto	Cr
Hb	Cl Cr
GB/PMN	Glu
Plaq	Ins
TSH	

ESTUDIOS DE IMÁGENES (Aclarar tipo de estudio y resultados, puede adjuntar copia del informe)
Eco Abdominal
Doppler hepático
Evaluación Oftalmológica
Evaluación Psiquiátrica

ANATOMÍA PATOLÓGICA (Cuando corresponda. Puede adjuntar copia del informe)

Seguimiento (Semanal de las primeras 6 a 8 semanas)

TSH:
Examen oftalmológico
Carga viral para VHC (Recomendada en semanas 4, 12, 24, 48 y 72)



APELLIDO Y NOMBRE _____

FECHA _____

DNI _____

TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA

DOSIS

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto