



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO (o código HIV-SIDA): ..... N° BENEFICIARIO: .....

DNI - TIPO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

DIAGNÓSTICO: .....

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ..... EDAD: .....

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO: .....

.....

.....

### LABORATORIO ESPECÍFICO PORTACIÓN CRÓNICA DE HBV

Antígeno de superficie (HBSAg) en UI/ml:

Antígeno e (HBeAg):

Anticuerpos anti-HBe (RP):

Carga Viral basal:

Genotipo HBV (en tratamientos con IFN peg):

### TRATAMIENTOS PREVIOS

Fecha de tratamiento previo: .....

DROGAS: .....

Respuesta al tratamiento previo:      NULA      PARCIAL      RECAÍDA INTRATRATAMIENTO

### TRATAMIENTO SOLICITADO

**FECHA DE INICIO:**

**DURACIÓN:**

Lamivudina

Fecha:

Adefovir-dipivoxil

Fecha:

Entecavir

Fecha:

Interf.Pegil.alfa 2g (PEG INF alfa 2º)

Fecha:

Tenofovir

Fecha:

**Interrupción del tratamiento:**      SI

**Motivo:**

**Respuesta al tratamiento actual:**

**Carga Viral 12 semanas:**

**Carga Viral 24 semanas:**

**Carga Viral 48 semanas:**

Firma y sello médico tratante .....

Fecha:    /    /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

**Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:**

- Resumen de Historia Clínica Hepatitis B: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Informe de genotipo.
- Carga viral cuantitativa semana 1, 12 y 24 y serología.
- Biopsia hepática o cualquier método validado de determinación de fibrosis, ya sea Fibroscan, Fibrotest, ARFI o APRI.

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Matrícula n°: .....

Fecha: / /