

FORMULARIO PARA INICIO DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C

El presente formulario servirá para el registro del paciente en el programa Nacional ITS/VIH-SIDA/HV del Ministerio de Salud y pueda acceder de forma gratuita a los medicamentos para el tratamiento contra la hepatitis C
llenar con letra imprenta y adjuntar copia de los documentos de respaldo (resultado de laboratorio, informes médicos, resultado de estudio de imagen etc.) muchas gracias

Ciudad y Fecha de la solicitud					
DATOS DEL PACIENTE					
Nombre y Apellido					
Carnet de Identidad		Sexo:		M	F
Fecha de nacimiento		Edad en años			
Residencia / Domicilio					
Teléfono y Contactos					
DATOS DE LA PATOLOGIA					
Fecha de diagnóstico:		Lugar:			
Método de diagnóstico utilizado					
¿Cuenta con Genotipaje?		SI	NO	Genotipo:	
Estado de fibrosis (encierre en un círculo)		F1	F2	F3	F4
Método utilizado para determinar el grado de fibrosis:					
Carga Viral (para inicio de tratamiento no debe ser de mas de 3 meses atrás)		SI	NO	Valor	de fecha
¿Co-infección?:		Hepatitis B		VIH	Otras:
Observaciones / Comentarios					
DATOS DEL MEDICO					
Nombre y Apellido					
Lugar de trabajo:					
Especialidad:		Firma y Sello			
Matricula Profesional					
Teléfono de Contactos:					
Correo Electrónico					

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO
PARA ACCESO A TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C
(A SER LLENADO POR EL PACIENTE CON APOYO DEL MEDICO TRATANTE/SOLICITANTE)**

YO:				
Nombre y Apellido				
Carnet de Identidad		<u>Sexo:</u>	M	F
Fecha de nacimiento		Edad en años		
Residencia / Domicilio				
Teléfono y Contactos				

De manera voluntaria certifico que:

Me han explicado la naturaleza de la enfermedad que curso

Me han explicado las características del tratamiento que debo seguir, los medicamentos que debo tomar, sus beneficios, así como molestias y reacciones que se pueden presentar.

Me comprometo a cumplir con las indicaciones medicas acerca del tratamiento, las revisiones clinicas y los exámenes de laboratorio que se me señale durante y después de concluido el tratamiento.

Me comprometo a proporcionar información adicional del estado de mi salud, que se me pueda requerir más adelante.

Entiendo que estoy accediendo a medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C (Sofosvir+Daclatavir), de elevado costo, pero otorgado de forma gratuita por el Ministerio de Salud, por lo cual me comprometo a ser responsables y seguir las indicaciones medicas

Lugar y fecha: _____

FIRMA DEL USUARIO
Nombre: _____
C.I. _____

VoBo PERSONAL DE SALUD
(Nombre y firma)