****

**MINISTERIO DE SALUD**

**INFORME MEDICO**

**EVALUACIÓN PACIENTE CON HEPATITIS C**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES** | **APELLIDOS** | |
| **FECHA DEL INFORME** | **RUT** | **EDAD** |
| **FICHA:** | **FONO:** | **CELULAR:** |

**2.- DESCRIPCION MÉDICA**

|  |
| --- |
| ENFERMEDAD DEL SISTEMA (Especialidad) |
| DIAGNOSTICO COMPLETO: |
| GENOTIPO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PRE- TRASPLANTE | SI |  | NO |  |
| Describa tipo de trasplante/ año: | | | | |
| POST-TRASPLANTE | SI |  | NO |  |
| Describa tipo de trasplante/ año: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CIRROSIS | SI |  | NO |  |
| MELD: | | | | |
| CHILD | | | | |
| ELASTOGRAFIA U OTRO: | | | | |

**\* Debe adjuntar examen confirmatorio de fibrosis hepática, si corresponde**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VIH | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HEMOFILIA | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FALLA A TERAPIA ANTERIOR | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ASCITIS (o antecedente) | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA  (o antecedente) | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HEMORRAGIA VARICEAL  (o antecedente) | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HEPATOCARCINOMA  (o antecedente) | SI |  | NO |  |
| Observaciones: | | | | |

|  |
| --- |
| FUNCIÓN RENAL: Creatinina: |
| Observaciones: |

|  |
| --- |
| **TRATAMIENTO SOLICITADO:** |
| **EVOLUCIÓN DEL CASO. PRONÓSTICO DE RECUPERACION:** |

**3.- JUSTIFICACION DE LA INTERVENCION, TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO QUE SE SOLICITA FINANCIAR**

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre médico tratante:**  **RUT:** |
| **Firma y timbre:** |
| **Correo electrónico del médico:** |