**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – HEPATITIS C – URUGUAY**

**Número de identificación ECHO\*:**

**Caso nuevo ○ Seguimiento ○**

**Nombre del médico tratante:**

**Fecha de envío de este formulario:**

**Sexo:……………………………….**  **Año de nacimiento/edad:……………….. Raza:……………………………**

**Estado civil:……………………………. Departamento de origen:……………………………………………..**

**Procedencia: ASSE ○ FEMI ○ OTRO ○**

**Fecha de diagnóstico del VHC:………………………………..**

**Forma de diagnóstico: Factores de riesgo:**

**○ donación voluntaria de sangre ○ transfusiones, año………………..**

**○ estudiado por factores de riesgo ○ adicción a drogas endovenosas, año…………..**

**○ estudiado por alteraciones del hepatograma ○ adicción a drogas intranasales, año……………**

**○ estudio por hallazgo de cirrosis ○ tatuajes, año………………………….**

**○ otra ……………………………………………………………... ○ sexo con persona VHC+**

**○ desconocida ○ otro……………………………………………………………..**

**○ no identificado**

**Coinfecciones: ○ NO ○ SI ○ VIH ○ VHB (HBsAg: ○ reactivo ○ no reactivo)**

**Consumo de alcohol actual: ○ NO ○ SI (tipo de bebida:…………………./cantidad diaria…………………..)**

**Consumo de alcohol pasado: ○ NO ○ SI (tipo de bebida:…………………./cantidad diaria…………………..)**

**Tiempo de abstinencia:…………………………………………………….**

**Consumo de drogas actual: ○ NO ○ SI (tipo de droga……………………………../frecuencia…………………..)**

**Consumo de drogas pasado: ○ NO ○ SI (tipo de droga:………………………..…/frecuencia…………………..)**

**Tiempo de abstinencia:…………………………………………………….**

**Enfermedad psiquiátrica (detallar): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Biopsia hepática (resultado, fecha de realizada):**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Fibrogastroscopía (resultado y fecha de realizada):**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Ecografía abdominal (resultado y fecha de realizada)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Otros exámenes de imagen que considere importantes mencionar:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Ascitis actual o pasada (fecha):……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Encefalopatía hepática actual o pasada (fecha):…………………………………………………………………………………………….**

**Sangrado variceal (fecha):…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Cirrosis: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Vacunación para hepatitis B (número de dosis):…………………………………………………………………………………………….**

**Vacunación para hepatitis A (número de dosis):…………………………………………………………………………………………….**

**Comorbilidades:**

|  |
| --- |
| **Enfermedad** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Medicación habitual:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del fármaco** | **dosis** | **motivo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Paciente en tratamiento:**

**Fecha inicio:………………………………… Semanas de tratamiento:………………**

**Régimen utilizado:………………..……………………..**

**Carga viral durante el tratamiento (resultado y fecha): …………………………………………………………………………………**

**Tolerancia:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Tratamiento previo del VHC:**

**Fecha:………………………………… Duración (semanas):……………… Regimen utilizado:………………..……………………..**

**Resultado (recaedor, no respondedor): ………………………………………………………………………………………………………**

**Consideraciones sobre la tolerancia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………..**

**Laboratorio (fecha):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **resultado** |  | **resultado** |  | **resultado** |
| **Creatinina** |  | **Proteínas totales** |  | **PCR VHC** |  |
| **Glicemia** |  | **Albúmina** |  | **Carga viral VHC** |  |
|  |  | **Gammaglobulina** |  | **Genotipo VHC** |  |
| **Hemoglobina** |  |  |  |  |  |
| **Blancos** |  | **Tasa de protrombina** |  | **VIH** |  |
| **Neutrofilos** |  | **INR** |  | **HBsAg** |  |
| **Plaquetas** |  |  |  | **Anti HBs** |  |
|  |  | **Ferritina** |  | **Anticore** |  |
| **Bilirrubina total** |  | **Saturación transferrina** |  |  |  |
| **Fosfatasa alcalina** |  |  |  | **ANA** |  |
| **AST (TGO)** |  | **TSH** |  | **ASMA** |  |
| **ALT (TGP)** |  |  |  |  |  |
| **GGT** |  | **Colesterol** |  | **alfafetoproteína** |  |
|  |  | **Triglicéridos** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [**proyecto.echo.uruguay@gmail.com**](mailto:proyecto.echo.uruguay@gmail.com)**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**