

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción  
\_\_\_\_\_

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descripción cuadro clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LOS INFORMES FIRMADA POR BIOQUÍMICO)

Estudio	Fecha	Resultado	Estudio	Fecha	Resultado
Anti HCV			ALT		
RNA HCV			AST		
Carga viral			CPK		
Genotipo			FAL		
Colesterol			TSH		
TG			T4 libre		
Rto. GR			Serología HIV *		
Rto. GB			Biopsia hepática *		
Plaquetas			Coinfección HBV		
Glucemia			Proteinograma		

\* En caso de B24 CIE 10, codificar acorde OMS. \* Biopsia hepática: no obligatoria

### TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

### FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \*

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

\* Monodroga:  SI  NO Asociada con: \_\_\_\_\_

Duración estimada del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LUGAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.