

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

### Formulario (22): HEPATITIS B

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

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
HBsAg			ALT		
HBeAg			AST		
Anti HBe			Bilirrubina		
Anti HBc			Plaquetas		
DNA HBV			Tiempo protromb.		
Anti HAV			Albúmina		
Anti HCV			Biopsia hepática *		
Anti HDV			Genotipo		
Serología HIV			FAL		

\* En caso de B24 CIE 10, codificar acorde OMS.

\* Biopsia hepática: no obligatoria

**TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS**

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

**FARMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \***

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases/ mes

\* Monodroga SÍ / NO Asociada con:

Duración estimada del tratamiento:

Lugar y fecha	Tel
	Fax
	Mail

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados