

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

Formulario (23): HEPATITIS B

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

ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA

Informe sobre evolución fundamentando la continuidad de la prescripción. Ante presencia de efectos adversos, describir y documentar con el laboratorio pertinente.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (cada 6 meses)

Estudio	Fecha	Resultado	Estudio	Fecha	Resultado
ALT			HBSAg		
AST			HBeAg		
Tiempo protromb.			Anti HBe		
Plaquetas			Anti HBsAg		
Otros (detallar)			DNA HBV		

Adjuntar fotocopia de los informes firmados por el bioquímico

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN*

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases/ mes

* Monodroga SÍ / NO Asociada con:

Duración estimada del tratamiento:

Lugar y fecha	Firma y sello médico especialista	Tel
		Fax
		Mail

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