



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4

Bolívar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA _____

HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____

N° DE AFILIADO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DE DX.: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS: _____

FECHA INICIO DE TERAPIA ANTIVIRAL CON ESQUEMA LIBRE DE INTERFERÓN: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA PARA APORTAR (ADJUNTAR ESTUDIOS, DE CORRESPONDER)

GENOTIPO VIRAL: _____

ESTADIO DE FIBROSIS: _____

COINFECCIÓN CON VIH: _____

ANTECEDENTES DE TRASPLANTE DE HÍGADO: _____

CARGA VIRAL INICIAL: _____

CANTIDAD DE SEMANAS DE TRATAMIENTO: _____

RESPUESTA VIRAL OBTENIDA: _____

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

Tener presente que se solicitará toda la información requerida con el esquema finalizado, cuando se haya podido comprobar la respuesta viral obtenida.