

**SOLICITUD DE LABORATORIO PARA DIAGNOSTICO Y MONITOREO DE INFECCIÓN POR
HEPATITIS C (HCV)**

CODIGO DEL PACIENTE:..... **DNI:**.....
NOMBRE Y APELLIDO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:.....
Médico solicitante:..... **e-mail:**..... **TEL:**.....
Hospital de procedencia:.....
Fecha de extracción de muestra:.....(por el LABORATORIO)

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ LAS DETERMINACIONES SOLICITADAS

PARA DIAGNOSTICO: Ac anti HCV HCV CARGA VIRAL

PARA INICIO DE TRATAMIENTO: HCV GENOTIPO HCV CARGA VIRAL

PARA MONITOREO DE TRATAMIENTO HCV:

.....semanas HCV Carga Viral semanas **POSTRATAMIENTO** HCV Carga Viral

ANTECEDENTES / RESULTADOS PREVIOS (Campos obligatorios)

Ac anti HCV: **REACTIVO** Rp:..... Método:..... Marca:..... Fecha:...../...../.....

Carga viral: semanas Resultado:.....UI/ml Log:.....

Genotipo: Subtipo:

Embarazo:semanas

Linfocitos T CD4/CD8 +: cel /mm³% Fecha/...../.....

TRATAMIENTO(medicación suministrada).....

semana:

OBSERVACIONES (CLINICA DEL PACIENTE, OTROS DATOS RELEVANTES, ETC.):

.....
.....
.....
.....

.....
Firma y sello del profesional

.....
Sello de la Institución