

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (según médico tratante)

FECHA :
 Apellido : Nombres : Edad : Sexo :
 Domicilio :
 Profesión / Ocupación :
 Hospital : Sala : Cama :
 Enviado por Dr /a : Tel./ fax

ANTECEDENTES : 1º VEZ 2º VEZ 3º VEZº VEZ/ FECHA ULTIMA VEZ

TIEMPO DE EVOLUCION : días meses años Cuantos?
 desconocido

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO : Hepatitis aguda crónica
 c. activa c. persist. cirrosis HCC
 fulminante autoinmune tóxica desconocido
 otros:

ENFERMEDAD ACTUAL : sintomática asintomática

ICTERICIA : SI - NO **ESPLENOMEGALIA :** SI - NO **HEPATOMEGALIA :** SI - NO **ASCITIS :** SI - NO

HEPATOGRAMA (FECHA) :

Bt : **Bd :** **ALAT :** **ASAT :** **F. ALC :** **GGT :** **CHE :** **T. PROT. :**
 V.N. : V.N. : V.N. : V.N. : V.N. :

EPIDEMIOLOGIA : parenteral enteral sexual vertical
 desconocida otra :

GR. RIESGO : DEV. transfus transpl pers. salud HIV
 hemod: cirugía homosex familiar desconoc.
 otro :

PROBABLE FUENTE DE CONTAGIO :

OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES Y/O ASOCIADAS :

GAMMAGLOBULINAS : SI - NO

HBiG **NSiG** **FECHA :** **Nº Dosis** **FECHA ULTIMA DOSIS**

VACUNAS : SI - NO

HBV **FECHA :** **Nº Dosis** **FECHA ULTIMA DOSIS**
 HAV **FECHA :** **Nº Dosis** **FECHA ULTIMA DOSIS**

TRATAMIENTO : SI - NO

INTERFERON : **FECHA COMIENZO** **FINALIZO : SI - NO**
 ANTIVIRALES : **FECHA COMIENZO** **FINALIZO : SI - NO**

HALLAZGOS QUIRURGICOS : (Biopsia) (fecha) :

OTROS DATOS DE INTERES : embarazo pretrat. postrat pretranspl.
 postranspl. prevacuna otro:

RESULTADOS ANTERIORES (MARCADORES VIRALES) SI - NO

REALIZADOS EN : **FECHA :**

HAV		HBV						HCV				HDV	HEV
lgM	lgG	HBsAg	Δ HBs	anti HBc lgM lgG	HBsAg	antiHBe	DNA w m	lgM	lgG	LIA o RIBA	RT-PCR 1ºr 2ºr		

ESTUDIOS SOLICITADOS PARA :

HAV HBV HCV HDV HEV

FIRMA MEDICO TRATANTE :