

Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales- INEI-ANLIS C.G.MALBRAN

Ficha de Solicitud de Estudios para Hepatitis Virales

Fecha Solicitud: __/__/__ Nombre _____ Apellido _____
 Código (cuando corresponda) _____ HIV: Si/No Muestras: Suero Materia Fecal
 Fecha Nacimiento __/__/__ Edad __ Sexo __ DNI _____ Ocupación _____
 Ciudad Residencia _____ Provincia _____ Teléfono Paciente _____
 Hospital _____ Ciudad del Hospital _____
 Nombre Médico _____ Mail médico _____

Motivo del Pedido	
Confirmación Diagnóstica Hepatitis C	
Control Fin de Tratamiento Hepatitis C	
Control 12 o 24 semanas fin de tratamiento Hepatitis C	
Confirmación Diagnóstica Hepatitis B	
Control de Tratamiento Hepatitis B	
Estudio de Infección por Virus de Hepatitis A	
Estudio de Infección por Virus de Hepatitis E (*)	
Estudio de Infección por Virus de Hepatitis D	
Otro (Indique)	

Diagnóstico	
Hepatitis Aguda	
Hepatitis Crónica	
Hepatitis Fulminante	
Cirrosis	
HCC	
Desconocido	
Enfermedades Asociadas	
Tiempo de Evolución:	

Factores de Riesgo	
Desconocido	
DEV	
Droga inhalatoria	
Transfusión	
Diálisis	
Alcoholismo	
Prácticas Médicas No seguras	
Prácticas Sexuales sin Protección	
HSH	

(*)Completar anexo Datos Epidemiológicos de Hepatitis E.

Síntomas	
Asintomático	Encefalopatía
Coluria	Dolor Abdominal
Hepatomegalia	Acolia
Esplenomegalia	Hiponexia
Ascitis	Ictericia
Prurito	Hemorragia
Vómitos	Astenia

Hepatograma		Fecha: __/__/__	
Bilirrubina Total		ALAT (veces x VN)	
Bilirrubina Directa		ASAT (veces x VN)	
Otros datos de interés			
Embarazo		Postransplante	
Pretransplante		Prevacunación	
Comorbilidades:			

Vacunas:

HAV: No/Si Nro de Dosis __ Fecha última dosis _____
 HBV: No/Si Nro de Dosis __ Fecha última dosis _____

Viajes:

Al Interior (Lugar, Fecha) _____
 Al exterior (Lugar, Fecha) _____

Para pacientes tratados para Hepatitis B o Hepatitis C

Fecha Inicio Tratamiento	Fecha Fin de Tratamiento	Esquema de tratamiento
--------------------------	--------------------------	------------------------

Estudios Solicitados para: (Indique con una cruz)

antiHCV	CV HCV	Genotipo HCV	CV HBV	Estudios Solicitados para: (Indique con una cruz)			
				HBsAg	antiHAV- IgG	antiHEV-IgG	
				antiHBs	antiHAV- IgM	antiHEV-IgM	
				antiHBc	HAV-RNA	HEV-RNA	
				antiHBc-IgM	Otros (cual?)		
				anti HDV			
				HDV-RNA			

Resultados Previos

Lugar: _____ **Fecha** (__/__/__)

antiHCV	CV HCV	Genotipo HCV	CV HBV	Resultados Previos			
				HBsAg	antiHAV- IgG	antiHEV-IgG	
				antiHBs	antiHAV- IgM	antiHEV-IgM	
				antiHBc	HAV-RNA	HEV-RNA	
				antiHBc-IgM			