

FORMULÁRIO
PLANO TERAPÊUTICO – HEPATITE CRÔNICA C

I - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. NOME	2. CRM	3. ESPECIALIDADE	4. TELEFONE
1. DECLARO QUE SOU RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO DESTE TRATAMENTO E PRESTAREI AO BENEFICIÁRIO, A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E À EQUIPE ENVOLVIDA NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS. 2. AUTORIZO OS AUDITORES MÉDICOS DO PLANSERV A CONSULTAREM O PRONTUÁRIO MÉDICO MANTIDO NO MEU SERVIÇO PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES. 3. A CRITÉRIO MÉDICO O BENEFICIÁRIO PODERÁ SER CONTATADO PARA MAIORES ESCLARECIMENTOS.			

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	TELEFONE
------------------	----------

III – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
1. TRATAMENTO PRÉVIO			4. GRAVIDEZ OU RISCO DE GRAVIDEZ?		
2. HEPATOPATIA DESCOMPENSADA?			5. O PACIENTE ESTÁ INFORMADO DO TRATAMENTO?		
3. CARDIOPATIA GRAVE?					

IV – DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIA DOS LAUDOS):

1	GENÓTIPO DO VÍRUS DA HEPATITE C	DATA: / /	1A <input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou 6 <input type="checkbox"/>
2	CARGA VIRAL PRÉ-TRATAMENTO (HCV)	DATA: / /	RESULTADO:
3	BIOPSIA HEPÁTICA (METAVIR, SBH/SBP)	DATA: / /	ATIVIDADE: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> FIBROSE: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
4	CIRROSE HEPÁTICA	<input type="checkbox"/> COMPENSADA (CHILD-PUGH A) <input type="checkbox"/> DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B OU C)	
5	TRATAMENTO PRÉVIO:	SIM <input type="checkbox"/> (DESCREVER ESQUEMA: _____) NÃO <input type="checkbox"/>	
6	TRATAMENTO ATUAL:	<input type="checkbox"/> PEG -INF <input type="checkbox"/> SOFOSBUVIR <input type="checkbox"/> DACLATASVIR <input type="checkbox"/> OMBISTAVIR/VERUPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIR ** RIBAVIRINA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (DOSE: _____)	
7	TEMPO DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> 12 SEMANAS <input type="checkbox"/> 24 SEMANAS	
8	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AVANÇADA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
9	PACIENTE TRANSPLANTADO DE ÓRGÃO (S) SÓLIDO (S)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
10	O PACIENTE ESTÁ EM USO DE ANTIRRETROVIRAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

A AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DO PACIENTE, A IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS COLATERAIS INTOLERÁVEIS OU QUE COLOQUEM EM RISCO A VIDA DO PACIENTE E A CONSEQUENTE DECISÃO DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO, FICAM SOB A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO ASSISTENTE DO PACIENTE. ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE:

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/____

BS.: SOMENTE SERÃO ACEITAS AS SOLICITAÇÕES DE TRATAMENTO ENCAMINHADAS POR MÉDICOS HEPATOLOGISTAS/INFECTOLOGISTAS COM REGISTRO DE ESPECIALIDADE NO CREMEB.