



PROPUESTA DE TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE A HEPATITIS POR VIRUS C

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos: Nombre:
Nº afiliación: 28/70 Fecha de nacimiento: Telf. contacto:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (*)

Apellidos: Nombre:
Nº Colegiado: Telf. contacto: Correo electrónico:
Hospital/Centro: Servicio/Unidad:

(*) La indicación y seguimiento del tratamiento debe realizarse por especialistas con amplia experiencia en hepatitis crónica y cirrosis, en Unidades concertadas con acceso a fibroscan, ecografía abdominal, determinación rápida de ARN-VHC y polimorfismos, y con un registro de pacientes con los requisitos que se establezcan.

3. DATOS RELATIVOS A LA HEPATITIS C

Genotipo 1a * Genotipo 1a Polimorfismo Q80K * Genotipo 1a Polimorfismo IL28B (CC)
 Genotipo 1b Otro genotipo (especificar)

(*) Sólo si se considera la utilización de Simeprevir con PegIFN α 2b/2a y RBV

Estimación grado de fibrosis	<input type="checkbox"/> Cirrosis compensada
<input type="checkbox"/> FibroscankPa IQR..... Tasa de éxito.....	<input type="checkbox"/> Cirrosis compensada con riesgo descompensación.
<input type="checkbox"/> Biopsia Hepática <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4	<input type="checkbox"/> Cirrosis descompensada

Carga viral: HVC-RNA (UL/ml): AST (U/ml)..... ALT (U/ml)..... GGT (U/ml).....
Hemoglobina (g/dl): Neutrófilos ($\times 10^3$): Plaquetas ($\times 10^3$): Albúmina (g/dl):

Mujer en edad fértil con deseo de embarazo Evidencia de manifestaciones extrahepáticas
 Riesgo elevado de transmisión de la enfermedad Coinfección por:
 En espera de trasplante hepático Hepatocarcinoma
 Paciente trasplantado (especificar órgano trasplantado y fecha):

4. TRATAMIENTOS PREVIOS

No PegIFN α 2b/2a + RBV OTROS (especificar):

5. CATEGORIZACIÓN DE RESPUESTAS A TRATAMIENTO PREVIO

PACIENTE NAÍVE
 PACIENTE RECIDIVANTE a doble terapia (PEG-IFN + RBV) y/o Inhibidor de la proteasa (IP) de primera generación
 PACIENTE NO RESPONDEDOR a doble terapia (PEG-IFN + RBV) y/o IP de primera generación

6. TRATAMIENTO PROPUESTO (*)

PegIFN α 2b/2a RBV SOFOSBUVIR SIMEPREVIR DACLATASVIR
 OTROS (especificar)

Duración semanas

(*) Con la pauta recogida en las respectivas fichas técnicas e Informes de Posicionamiento Terapéutico aprobados

El paciente deberá ser sometido a seguimiento mediante la monitorización de ARN del VHC durante el tratamiento y las semanas 4 y 12 después de finalizar el tratamiento. Los resultados serán requeridos por la correspondiente Autoridad Sanitaria.

Firma del especialista prescriptor

Fecha: ____/____/____