



Codi assignat a la sol·licitud

\_\_\_\_\_

Metge/essa especialista que fa la sol·licitud

Núm de col·legiat/ada\*

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Centre sanitari

Codi

\_\_\_\_\_

Servei / Unitat del centre sanitari

## Sol·licitud de tractament de l'hepatitis B crònica amb interferó

### 1. Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Sexe

masculí  femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Núm. d'història clínica

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

### 2. Situacions que cal registrar

2.1 Antecedents d'hepatitis B aguda

Data del diagnòstic

Edat en el moment del diagnòstic

no  sí

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_ | \_\_\_\_

2.2 Data del reconeixement de la infecció (en el cas d'absència d'hepatitis B aguda)

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígitos.

### 3. Estat serològic

HBsAg  sí  no

Data de determinació

anti-HBe  sí  no

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

HBeAg  sí  no

anti-HD  sí  no

DNA-VHB  sí  no

### 4. Dades analítiques

hemoglobina (g/l) .....

leucòcits (x10<sup>9</sup>/l) .....

plaquetes (x10<sup>9</sup>/l) .....

ALT (UI/l) .....

AST (UI/l) .....

Data de la determinació

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

### 5. Biòpsia hepàtica

5.1 Data

5.2 Diagnòstic

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

## 6. Tractament

---

6.1 Tipus d'interferó sol·licitat (IFN)

IFN                      durada del tractament (mesos) : .....

---

6.2 Altres medicacions

---

## 7. Renovació del tractament

---

7.1 Ha estat tractat anteriorment amb interferó?

no     sí (*especifiqueu el període*):

---

7.2 Resultat al tractament previ

no resposta     recidiva

---

Signatura del metge/essa

Data

---

## Conclusions (*que omple l'Administració*)

---

Informe favorable

no     sí

---

Motius/observacions

---

Signatura dels membres del Consell assessor sobre la utilització terapèutica de l'interferó

Data