

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

Notificació de finalització de tractament de l'hepatitis C

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

Medicaments utilitzats

Medicaments utilitzats: interferó ribavirina
 interferó pegilat altres (*especifiqueu*) :

Duració del tractament:

Data d'inici del tractament:

Data de finalització del tractament:

Motiu de la finalització

	sí	no
1. Guariment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abandonament voluntari del malalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No resposta al tractament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Efectes secundaris (<i>especifiqueu-los</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Altres (<i>especifiqueu-los</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resposta virològica (6 mesos després de finalitzar el tractament)

resposta sostinguda
 recidiva
 no resposta

Signatura del metge

Data

* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígits.