

Identificação do Paciente

Nome: _____ CNS: _____

Telefone: _____ Número do SINAN HCV: _____

Quadro Clínico

Carga Viral inicial
(HCV-RNA quantitativo)

--

Genótipo:

1A	1B	2	3	4	5	6

Tratamento Prévio:

	Boceprevir
	Telaprevir

Insuficiência Renal:

	Sim (Creatinina <30mL/min)
	Não (Creatinina >30mL/min)

Contraindicação ao uso de:

RIBAVIRINA	ALFAPEGINTERFERONA
Sim	Sim
Não	Não

Caso positivo, Justificar a contraindicação ao uso:

Outras observações importantes: _____

Preencher apenas para PARA CASOS DE FIBROSE HEPÁTICA MODERADA A AVANÇADA

Estadiamento
da doença
Hepática:

GRAU DE FIBROSE	
	F2
	F3
	F4

GRAU DE CIRROSE (preencher apenas se o grau de fibrose for F4)	
	Child-Pugh A (cirrose compensada)
	Child-Pugh B (cirrose descompensada)
	Child-Pugh C (cirrose descompensada)

Preencher apenas PARA CASOS DE COINFEÇÃO HCV/HIV

Nº SINAN HIV

--

Terapia Antiretroviral:

	Em uso de atazanavir / ritonavir
	Em uso de efavirenz
	Em uso de outro antirretroviral
	Não está em uso

Há evidências clínicas
sugestivas de cirrose hepática:

	Sim
	Não

GRAU DE CIRROSE (preencher apenas se há evidências sugestivas de cirrose hepática)	
	Child-Pugh A (cirrose compensada)
	Child-Pugh B (cirrose descompensada)
	Child-Pugh C (cirrose descompensada)

Preencher apenas PARA CASOS DE:

- () Coinfecção pelo HBV
- () Manifestações extra-hepáticas com acometimento neurológico motor incapacitante, porfiria cutânea, líquen plano grave com envolvimento de mucosa;
- () Crioglobulinemia com manifestação em órgão-alvo (glomerulonefrite, vasculites, envolvimento de olhos, pulmão e Sistema Nervoso Periférico e Central)
- () Poliarterite nodosa
- () Insuficiência renal crônica avançada (depuração de creatinina inferior ou igual a 30 mL/min)
- () Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)
- () Pós-transplante de fígado e de outros órgãos sólidos
- () Linfoma, gamopatia monoclonal, mieloma múltiplo e outras doenças hematológicas malignas
- () Hepatite autoimune
- () Hemofilia e outras coagulopatias hereditárias
- () Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas

Há evidências clínicas sugestivas de
cirrose hepática:

	Sim
	Não

GRAU DE CIRROSE (preencher apenas se há evidências sugestivas de cirrose hepática)	
	Child-Pugh A (cirrose compensada)
	Child-Pugh B (cirrose descompensada)
	Child-Pugh C (cirrose descompensada)

Identificação do Médico Prescritor

Nome: _____ CRM: _____

Telefone: _____ E-mail (opcional): _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____