



Identificação do Paciente

Nome: _____

CNS: _____ Telefone: () _____ Número do SINAN HCV: _____

GENÓTIPO:

1A	1B	2	3	4	5	6

ESTADIAMENTO DA DOENÇA HEPÁTICA

GRAU DE FIBROSE	
	F0
	F1
	F2
	F3
	F4

CIRROSE	
	Ausente
	Child-Pugh A
	Child-Pugh B
	Child-Pugh C

OUTRAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA INDICAÇÃO DO TRATAMENTO

TRATAMENTO PRÉVIO	
	Não
	Telaprevir
	Boceprevir
	Alfapeginterferona
	Ribavirina
	Sofosbuvir
	Daclatasvir
	Simeprevir

POLIMORFISMOS ESPECÍFICOS DA NS5A	
	Exame não realizado
	Presença
	Ausência

TRANSPLANTADO DE ÓRGÃO SÓLIDO	
	Não se aplica
	Fígado
	Rim
	Medula Óssea

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

AFRODESCENDENTE	
	Sim
	Não

CARGA VIRAL (UI/mL)	

**Preencher apenas para os casos de
indicação em menores de 18 anos**

IDADE	
	3-11 anos
	12-17 anos

PESO (Kg)	

**Preencher apenas para
casos de coinfeção HCV/HIV**

SINAN HIV	

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

Outras observações importantes (opcional):

Identificação do Médico Prescritor

Nome: _____ CRM: _____

Telefone: _____ E-mail (opcional): _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____