



ANEJO 4
CERTIFICACION DE TRATAMIENTO
PROYECTO DE HEPATITIS C

Fecha de Certificación (mm/dd/aaaa)	
Número de ADAP	
Número de Proyecto VHC	RW-
Nombre del Paciente	
Lugar de Tratamiento	
Médico que ofrece el Tratamiento	
Fecha de Inicio de Tratamiento	
Fecha de Conclusión de Tratamiento	
Tratamiento de VHC Provisto	Duración del Tratamiento: _____ semanas
Carga Viral de VHC al finalizar el tratamiento	Fecha : _____ Carga Viral: _____
Recomendaciones	Continuar educación de prevención de Hepatitis C para evitar reinfección. Repetir carga viral 12 semanas después de finalizar el tratamiento o si se sospecha recidiva o reinfección. Seguimiento periódico de función y estado hepático con médico primario y/o especialista cada 6 -12 meses.
Firma del médico y/o enfermera (o) del Centro de Tratamiento que completa esta Certificación.	Nombre: _____ Licencia _____