



Boleta de Laboratorio para Solicitud de Hepatitis C

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: ___/___/___

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Ocupación: _____

Dirección: _____

Originario de: _____

Municipio: _____

Área de salud que refiere: _____ Hospital o C/S o P/S: _____

II. DATOS CLÍNICOS

Signos y/o Síntomas	SI	NO	No sabe	
Fiebre baja				
Fatiga				
Anorexia				
Ascitis				
Várices sangrantes				
Nausea				
Vómitos				
Ictericia				
Orina color ámbar / Turbia				
Cefalea				
Heces de Color Blanco				
Otro:				

III. DATOS DE LABORATORIO

Pruebas Bioquímicas realizadas:

- Nivel de Albúmina: _____ Fecha: ___/___/___
- Fosfatasa alcalina: _____ Fecha: ___/___/___
- ASAT: _____ Fecha: ___/___/___
- ALAT: _____ Fecha: ___/___/___
- GGT: _____ Fecha: ___/___/___
- Bilirrubina Directa: _____ Fecha: ___/___/___
- Bilirrubina Indirecta: _____ Fecha: ___/___/___

Pruebas Serológicas realizadas:

Anti HCV: _____ Fecha: ___/___/___ Tipo de prueba: _____

CONCLUSIÓN: _____

Fecha de Toma de muestra Referida al LNS: ___/___/___

Nombre del responsable: _____ Cargo: _____