



## MUESTRAS DE GENOTIPO HEPATITIS C

Fecha: DD MM AAAA

**NOTA:** El Genotipo de HCV (Virus Hepatitis C) no se puede realizar si la carga viral es **menor de 2000 UI/ ml.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: C.C.  C.E.  T.I.  No. de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Recibe tratamiento: Sí  No  Tiempo de tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de la última carga viral: **DD MM AAAA** \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Muestra tomada por: \_\_\_\_\_ Fecha de toma de muestra: **DD MM AAAA**