

DATA PRELIEVO: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA TEST DI GENOTIPIZZAZIONE HBV**

NOME PAZIENTE: \_\_\_\_\_ SESSO: M F

LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

DIVISIONE: \_\_\_\_\_ REPARTO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**MEDICO RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO :** \_\_\_\_\_

**Da Compilarsi da parte della Struttura Sanitaria richiedente o  
da parte del medico specialista**

DATA SIEROCONVERSIONE: \_\_\_\_\_ FATTORE DI RISCHIO: \_\_\_\_\_

HbsAg STATUS attuale: \_\_\_\_\_

Anti HbsAg STATUS attuale: \_\_\_\_\_

HBeAg STATUS attuale: \_\_\_\_\_

HbeAb STATUS attuale: \_\_\_\_\_

HBcAb Ig/G e Ig/M STATUS attuale: \_\_\_\_\_

ALTRI TEST GENOTIPICI: NO  SI  DATA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

ULTIMO VALORE DI TRANSAMINASI: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**ULTIMI DUE VALORI DI VIREMIA: 1** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_\_

**VIREMIA: 2** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_\_

**TERAPIE EFFETTUATE:**

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA MINIMA \_\_\_\_\_ (DATA) \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA MINIMA \_\_\_\_\_ (DATA) \_\_\_\_\_

VIREMIA AL MOMENTO DELL'INIZIO PRIMA TERAPIA: : \_\_\_\_\_ (DATA) \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN CORSO:** \_\_\_\_\_ **DAL:** \_\_\_\_\_

EVENTUALI COINFEZIONI VIRALI: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_