

Paziente	selezionare il paziente
Data di offerta test/compilazione scheda	
Esecuzione test	1 - Eseguito 2 - Non eseguito perché eggettuito nei 6 mesi precedenti con esito negativo 3 - Non eseguito perche positivo 4 - Rifiutato
Indicare la sede SerD di esecuzione Test (Point Of Care Test) oppure il Laboratorio esecuzione test	almeno una delle due voci
Strategia di testing	1 - Prelievo venoso HCV-Ab---->con test di conferma HCV-RNA su stessa provetta 2 - Capillare HCV-Ab --> con test di conferma HCV-RNA venoso 3 - Capillare ACV-Ab --->con test di conferma Capillare HCV-RNA 4 - Capillare HCV-RNA 5 - Altro (specificare)
Test di screening	
Metodica test di screening	1- Prelievo venoso HCV-Ab (Refrex) 2- Rapido capillare HCV-Ab 3- Rapido capillare HCV_RNA 4- Altro (specificare)
se altro specificare Metodica test di screening	
Data test screening	Data dell'esecuzione test screening
Risultato test screening	
Test conferma	
Metodica test di conferma	1- HCV-RNA Reflex 2- HCV-RNA venoso 3-Altro (specificare)
se altro specificare Metodica test di conferma	
Data test conferma	Indicare la data del test di conferma

Presenza in carico	
Comunicazione del risultato	Indicare se e quando è stato comunicato il risultato del test
Data comunicazione risultato	
Inviato a centro clinico prescrittore	In caso di risultato positivo indicare se e quando il paziente è stato inviato al centro prescrittore della terapia
Data prima visita programmata	Indicare la data della visita programmata con il Centro Clinico Prescrittore
Centro clinico prescrittore	Indicare quale è il Centro Clinico Prescrittore (CCP)
Presenza in carico da parte del CPP (prima visita)	Indicare se il paziente ha effettuato la prima visita presso il CCP
Data presenza in carico da parte del CPP (prima visita)	Indicare la data effettiva della prima visita effettuata dal Centro Clinico Prescrittore (può coincidere o meno con quella programmata)
motivo di NON presenza in carico da parte del CPP	In caso della non presenza in carico indicarne il motivo
Controindicazioni al trattamento	Indicare se ci sono o meno controindicazioni al trattamento
se "si" specificare Controindicazioni al trattamento	In caso di controindicazioni al trattamento specificare quali (quanti caratteri hai messo
Inizio trattamento	Indicare se il trattamento ha avuto o meno inizio
Data inizio trattamento	Indicare la data di inizio del trattamento con DAA (Agenti Antivirali ad azione Diretta)
Trattamento completato	Indicare se il trattamento è stato o meno portato a termine
Data fine o interruzione trattamento	Indicare la data di fine o di interruzione del trattamento.