





Vérification du dossier complet		
A cocher par le Pharmacien référent	A compléter par le Médecin Traitant	
<input type="radio"/>	Date de la charge virale :	___ / ___ / _____
<input type="radio"/>	Valeur de la charge virale :	_____
<input type="radio"/>	Génotype :	_____
<input type="radio"/>	Fibrotest :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui, valeur : _____
<input type="radio"/>	Fibroscan :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui, valeur : _____
<input type="radio"/>	Fibrose F3 ou F4 :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui, Faite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="radio"/>	Date de la visite d'inclusion :	___ / ___ / _____