



FORMULARIO- MÓDULO HIV- SIDA



PRESCRIPCIÓN MÉDICA

PROYECCIÓN SEMESTRAL

N° de beneficiario: _____

Código de beneficiario: _____

Diagnóstico: _____

TRATAMIENTO PRESCRIPTO

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombres y Apellidos: _____

Matrícula: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.1.1



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Código de paciente:

Sexo: ☐ F ☐ M

Fecha de diagnóstico: / /

Lugar de residencia:

Estado clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Accidente laboral: ☐ SI ☐ NO

Embarazo: ☐ SI ☐ NO

Vacunas aplicadas los últimos tres meses: _____

Lugar de atención:

Notificación Programa Nacional de SIDA: ☐ SI ☐ NO

N° de expediente:

Fundamento médico: _____

Fecha: / /

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.1.2



PLANILLA ADHERENCIA HIV-SIDA

Planilla de Adherencia

Obra Social _____

RNOS Fecha

PACIENTE (Cód.) _____

1) Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos. ¿Ha tenido usted algún problema?

SI ☐ NO ☐

En caso de que el paciente conteste SI continuar.

2) ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI ☐ NO ☐

¿Qué medicamento le produce molestias? (código)

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas ☐ Gastroint. ☐ Rash ☐
Lipodist. ☐ Otros ☐

3) ¿Cuándo nota la molestia deja de tomar alguna dosis o interrumpe varios días el tratamiento?

SI ☐ NO ☐

4) ¿Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes?

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 100% de adherencia
1 o 2 días	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 95% de adherencia
1 semana	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 75% de adherencia
2 semanas	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 50% de adherencia
3 semanas	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 25% de adherencia
4 semanas	<input type="checkbox"/>	Equivalente al 0% de adherencia

5) Tratamiento (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambié de tratamiento? SI ☐ No ☐

Cantidad de comprimidos que toma <5 ☐ 5 a 10 ☐ >10 ☐

Drogas en uso:

Cod	Droga	Cod	Droga	Cod	Droga
1	ABACAVIR	12	HIDROXIUREA	23	TENOFOVIR
2	AMPRENAVIR	13	LAMIVUDINA	24	ZALCITABINA
3	ATAZANAVIR	14	LOPINAVIR/r	25	
4	DARUNAVIR	15	MARAVIROC	26	
5	DELAVIRDINA	16	NELFINAVIR	27	
6	DIDANOSINA	17	NEVIRAPINA	28	
7	EFAVIRENZ	18	RALTEGRAVIR	29	
8	ENFUVIRTIDE	19	RITONAVIR	30	
9	ETRAVIRINA	20	SAQUINAVIR	31	
10	FOSAMPRENAVIR	21	SAQUINAVIR RF	32	
11	FTC	22	STAVUDINA	33	



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe (codificación) _____ beneficiario de la OBRA
SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.),
declaro por la presente mi conformidad para someterme al tratamiento de Medicación, el
cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular (codificación)

.....
Firma y sello de médico tratante (infectólogo)



DECLARACIÓN JURADA PARA LA COBERTURA BRINDADA EN HIV-SIDA

Datos del paciente

Código del paciente:

Sexo: ☐ F ☐ M

Edad:

Datos de la prestación

Período de cobertura:

Desde:

Hasta:

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

MEDICACIÓN	DESDE	HASTA
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

CAMBIO DE MEDICACIÓN

MEDICACIÓN	DESDE	HASTA
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

RECuento de Linfocitos CD3/CD4/CD8

Fecha:			
--------	--	--	--

DETERMINACIÓN DE CARGA VIRAL

Fecha:			
--------	--	--	--

Observaciones:

La presente declaración, da cuenta de la verificación, por parte de la Auditoría de O.S.P.I.V., respecto a la atención brindada al beneficiario.

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma auditor médico de la Obra Social

Form. D. P. 2.1.5