



# FORMULARIO- MÓDULO HIV- SIDA



## PRESCRIPCIÓN MÉDICA

### PROYECCIÓN SEMESTRAL

Nº 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



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

<b>Obra Social: O.S.P.I.V.</b>		RNAS: 1-2250-0
Código de paciente:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de diagnóstico: / /		Lugar de residencia:
Estado clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3		
Accidente laboral: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Embarazo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vacunas aplicadas los últimos tres meses: _____ _____ _____		
Lugar de atención:		
Notificación Programa Nacional de SIDA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nº de expediente:		
Fundamento médico: _____ _____ _____		
Fecha: ____ / ____ / ____		
..... Firma y sello de médico tratante		



## 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  Equivalente al 100% de adherencia  
1 o 2 días  Equivalente al 95% de adherencia  
1 semana  Equivalente al 75% de adherencia  
2 semanas  Equivalente al 50% de adherencia  
3 semanas  Equivalente al 25% de adherencia  
4 semanas  Equivalente al 0% de adherencia

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

¿Cambió de tratamiento? SI  No   
Cantidad de comprimidos que toma <5  5 a 10  >10

Drogas en uso:

Cod	Droga
1	ABACAVIR
2	AMPRENAVIR
3	ATAZANAVIR
4	DARUNAVIR
5	DELAVIRDINA
6	DIDANOSINA
7	EFAVIRENZ
8	ENFUVIRTIDE
9	ETRAVIRINA
10	FOSAMPRENAVIR
11	FTC

Cod	Droga
12	HIDROXIUREA
13	LAMIVUDINA
14	LOPINAVIR/r
15	MARAVIROC
16	NELFINAVIR
17	NEVIRAPINA
18	RALTEGRAVIR
19	RITONAVIR
20	SAQUINAVIR
21	SAQUINAVIR RF
22	STAVUDINA

Cod	Droga
23	TENOFOVIR
24	ZALCITABINA
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
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 (aclurar 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 Auditoria De O.S.P.I.V., respecto a la atención brindada al beneficiario.

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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