

# FORMULARIOS SUR 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



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

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



## CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe (codificación) \_\_\_\_\_ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), 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)

Form. D. P. 2.1.4



## 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 la Obra Social, respecto a la atención brindada al beneficiario.

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

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