

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	ENFUVIRTIDE	<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