

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente declaro que se me ha brindado en forma clara y precisa toda la información sobre la indicación, uso, efectos secundarios y otras complicaciones que puede presentar el tratamiento con la droga

Dejo constancia que se me ha permitido efectuar todas las preguntas que consideré necesarias, las cuales me han sido contestadas en su totalidad, no quedándome dudas al respecto, por lo que de total conformidad autorizo al Dr/Dra _____ a prescribirme el tratamiento con la droga

_____ de _____ de 20

Firma y sello médico/a tratante

Firma afiliado/a

Código afiliado/a

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA VIH – SIDA

Obra Social: _____

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 en los últimos tres meses: _____

Lugar de Atención: _____

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI / NO Número de expediente: _____

Carga Viral: _____ Fecha: ___/___/___

Esquema de tratamiento:

Monodroga	Dosis diaria

Fundamento médico: _____

Firma y sello médico/a tratante

Fecha: ___/___/___



ANEXO II PLANILLA DE ADHERENCIA

Obra Social _____

RENOS

FECHA

PACIENTE (Cód.) _____

1.- Ciertos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar estos medicamentos ¿Ha tenido usted alguno?

SI NO

En caso que el paciente conteste "si", continuar:

2.- ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? Código (ver página 2)

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas

Gastroint.

Rash

Lipodist.

Otros

3.- Cuando nota la molestia ¿deja de tomar alguna dosis o varios días el tratamiento?

SI NO

4.- Intente cuantificar el número total de días que el paciente abandona el tratamiento en el último mes

- | | | |
|-----------|--------------------------|----------------------------------|
| 1-2 días | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 95% de adherencia |
| 1 semana | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 75 % de adherencia |
| 2 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 50% de adherencia |
| 3 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 25% de adherencia |
| 4 semanas | <input type="checkbox"/> | Equivalente a 0 % de adherencia |



Ministerio de Salud
Administración de Programas Especiales

5.-TRATAMIENTO (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambio de tratamiento?

SI NO

Drogas en uso:

cod	DROGA	cod	DROGA
1	ABACAVIR <input type="checkbox"/>	12	NEVIRAPINA <input type="checkbox"/>
2	AMPRENAVIR <input type="checkbox"/>	13	RITONAVIR <input type="checkbox"/>
3	ATAZANAVIR <input type="checkbox"/>	14	SAQUINAVIR <input type="checkbox"/>
4	DELAVIRDINA <input type="checkbox"/>	15	SAQUINAVIR NF <input type="checkbox"/>
5	DIDANOSINA <input type="checkbox"/>	16	STAVUDINA <input type="checkbox"/>
6	EFAVIRENZ <input type="checkbox"/>	17	TENOFOVIR <input type="checkbox"/>
7	HIDROXIUREA <input type="checkbox"/>	18	ZALCITABINA <input type="checkbox"/>
8	INDINAVIR <input type="checkbox"/>	19	ZIDOVUDINA <input type="checkbox"/>
9	LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>	20	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>
10	LOPINAVIR/RITONAVIR <input type="checkbox"/>	21	ABACAVIR+ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>
11	NELFINAVIR <input type="checkbox"/>		

6.- Fallo: SI NO

Nº: 1 2 3 4

7.- Controles: (indicar resultados)

Primera CV(*)
 Primer CD4(*)
 CV Actual
 CD4 Actual

Fecha
 Fecha
 Fecha
 Fecha

Firma del responsable

(*) Primera CV / primer CD4: consignar resultados al inicio del tratamiento.