



Información y Documentación Requerida para la Actualización Semestral

Datos del Paciente

- Apellido y Nombre:
- DNI:
- Fecha de Nacimiento: / /

1. Resumen de Historia Clínica de Seguimiento

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Actualización de la Información Médica

- ☐ Tratamiento actual:
.....
.....
- ☐ Cambio de tratamiento
Detallar:
.....
- ☐ Fecha de finalización de tratamiento
Fecha: / /
- ☐ Motivo de discontinuación
Detallar:
.....

4. Información Adicional

- Última Carga Viral:

- Último valor de CD4 (absoluto):
 - Último valor de CD4 (porcentaje):
 - Fecha de los estudios: / /
-

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma:

Aclaración:

Fecha: / /



DECLARACIÓN JURADA PARA COBERTURA (HIV-SIDA)

Datos del Paciente

Código del paciente:

Sexo:.....

Edad:.....

Datos de la Prestación

Periodo de Cobertura: Desde...../...../..... Hasta...../...../.....

Tratamiento antirretroviral:

Medicación	Desde	Hasta

Cambio de medicación

Medicación	Desde	Hasta

Recuento Unfocitos CD3/CD4 CDB

Fecha

Determinación de Carga Viral

Fecha

Observaciones:

.....
.....
.....
.....

La presente Declaración, da cuenta de la verificación, por parte de la Auditoria de la Obra Social, respecto a la atención brindada al beneficiario.

.....
Firma Auditor de la Obra Social

Especialidad:

Matricula:

Aclaración Firma:

**PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO (HIV-SIDA)**

Paciente (cód.): _____

Fecha: / /

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

☐ 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)¿Qué tipo de molestias? ☐ Cefalea☐ 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)

¿Cambio de tratamiento?

☐ SI☐ NO

Cantidad de comprimidos que toma

<5 ☐5 a 10 ☐>10 ☐

Drogas en Uso:

Cód. Droga

☐	1 ABACAVIR
☐	2 AMPRENAVIR
☐	3 ATAZANAVIR
☐	4 DARUNAVIR
☐	5 DELAVIRDINA
☐	6 DIDANOSINA
☐	7 EFAVIRENZ
☐	8 ENFUVIRTIDE
☐	9 ETRAVIRINA
☐	10 FOSAMPRENAVIR
☐	11 FTC
☐	12 HIDROXUREA
☐	13 LAMIVUDINA

Cód. Droga

☐	14 LOPINAVIR
☐	15 MARAVIROC
☐	16 NELFINAVIR
☐	17 NEVIRAPINA
☐	18 RALTEGRAVIR
☐	19 RITONAVIR
☐	20 SAQUINAVIR
☐	21 SAQUINAVIR RF
☐	22 STAVUDINA
☐	23 TENOFOVIR
☐	24 ZALCITABINA
☐	25 ZIDOVUDINA
☐	26 EMTRICITABINA



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (HIV-SIDA)

Código del Paciente:

Sexo: F M

Fecha de Diagnostico:

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

Nº Expediente:

Carga

Viral: _____

Esquema de tratamiento:

Fundamento Medico:

Tratamientos y/o practicas indicadas / fracaso con otras drogas (detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo):

Fecha

Firma Medico Tratante:

2.d Vías de transmisión más probables (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- ☐ Transmisión vertical
☐ Relaciones sexuales con mujeres
☐ Relaciones sexuales con hombres
☐ Relaciones sexuales con trans
☐ Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años
☐ Accidente laboral
☐ Transfusión sanguínea o derivados

Institución: _____

Ciudad: _____

Fecha (MM/AAAA) ____/____/____

- ☐ Otras ¿Cuál? _____
☐ Desconocido

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

Recuento de linfocitos T-CD4 más cercano a la fecha de diagnóstico

- ☐ Disponible Valor CD4: _____ Porcentaje: _____ Fecha: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
☐ No Disponible

4. HEPATITIS: CO-INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

Hepatitis B: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido Fecha (MM/AAAA): ____/____/____ ☐ Fecha desconocida

Hepatitis C: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido Fecha (MM/AAAA): ____/____/____ ☐ Fecha desconocida

5. ENFERMEDADES MARCADORAS

Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)
Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica	____/____/____	Septicemia recurrente a Salmoneña	____/____/____
TBC pulmonar	____/____/____	H. Simples: Úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	____/____/____
TBC diseminada o extrapulmonar	____/____/____	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	____/____/____
Neumonía n. R. (P. carinii)	____/____/____	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	____/____/____
Micobacterias atípicas	____/____/____	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	____/____/____
Toxoplasmosis cerebral	____/____/____	L.E.M.P. (Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	____/____/____
Retinitis por Citomegalovirus	____/____/____	Linfoma de alta malignidad	____/____/____
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	____/____/____	Linfoma primario en cerebro	____/____/____
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	____/____/____	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer cuello uterino)	____/____/____
Cryptosporidiosis con diarrea persistente de más de 1 mes	____/____/____	Sarcoma de Kaposi	____/____/____
Criptococos extrapulmonar	____/____/____	Síndrome de desgaste por VIH (1)	____/____/____
Isosporidiosis crónica intestinal (más de 1 mes)	____/____/____	Encefalopatía por VIH	____/____/____
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	____/____/____	Neumonía intersticial linfocítica o hiperplasia pulmonar linfocítica (pediatría) (2)	____/____/____
Retardo madurativo pondero-estatural (pediatría)	____/____/____		

- (1) Se considerará enfermedad adelantante por el VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%, asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blandas por día durante más de un mes) o afección a hipertermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
 (2) Neumonía intersticial linfocítica: debe observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales durante más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

6. NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Fecha del fallecimiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?

- ☐ Si, ¿Cuál? _____
☐ No
☐ Desconocido