

OPCIONES DE TRATAMIENTO: INICIO REINICIO CAMBIO DE ESQUEMA RENOVACIÓN

Beneficiario N°: _____

Prestador: _____

Codificación del paciente acorde OMS: _____

(Sexo: M o F, Nombre: 2 primeras letras del primer nombre, Apellido: 2 primeras letras del primer apellido, Fecha de nacimiento: día, mes, año)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de Diagnóstico: ____ / ____ / ____

Estadificación: _____

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO

Droga	Dosis/ día	Tiempo	Resultados
Adherencia (Marque lo que corresponda)		Buena	Mala

FÁRMACOS SOLICITADOS POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Dosis/ día	Droga	Dosis/ día

OBSERVACIONES (EFECTOS ADVERSOS, INTERCURRENCIAS, OTROS)

LABORATORIO ESPECÍFICO (COMPLETE Y ADJUNTE PROTOCOLOS DE HASTA 6 MESES DE ANTIGÜEDAD)

Fecha	CV (N° copias)	CV (Logaritmo)	CD4 (N° copias)	CD4 (%)

Test de sensibilidad al abacavir: Resultado:

Test de resistencia	Droga	Resultado

LUGAR

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO INFECTÓLOGO

Tel.: _____

Mail: _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.