

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)

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

Test de sensibilidad al abacavir: Resultado:

Test de resistencia

Droga

Resultado

LUGAR

Tel.: \_\_\_\_\_

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO INFECTÓLOGO

Mail: \_\_\_\_\_

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