IOMA

PROGRAMA VIH-IOMA | Solicitud de Drogas Antirretrovirales

DATOS DEL AFILIADO /			
Apellido y Nombres			
Nº Afiliado			Fecha de nacimiento / /
Edad	Sexo FEM - MASC.		
Domicilio		Localidad	
Partido	CP:	Teléfono	

1) FECHA DE SOLICITUD DE LAS DROGAS ____ / ____ / ____

2) MÉDICO QUE REALIZA LA PRESCRIPCIÓN / _____

3) ULTIMO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO O EN CURSO /

Drogas: 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____

4) DROGAS QUE SE SOLICITAN (Completar el cuadro en la columna correspondiente a la situación)

	Inicio del tratamiento	Cambio de tratamiento	Continuación del tratamiento
Drogas	Dosis prescripta	Dosis prescripta	Dosis prescripta
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Ultimos Cd4			
Ultima carga viral			

5) ¿ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

1. _____
2. _____
3. _____

6) ESTADIO ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR HIV (marcar con un círculo)

CATEGORÍAS CLÍNICAS	**A**	**B**	**C**
Nº DE Cd4	asintomático Inf. primaria LGP	sintomático (condiciones distintas de Categ. A o C)	enfermedades marcadoras de SIDA
(1) >500	A1	B1	C1
(2) 200-499	A2	B2	C2
(3) <200	A3	B3	C3

7) ELEMENTOS ACTUALES DE PROGRESIÓN CLÍNICA SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

Candidiasis mucosa recurrente	
Leucoplasia vellosa oral	
Fiebre de origen desconocido	
Sudores nocturnos no explicables	
Pérdida de peso > 10 %	
Otro:	

8) OTRAS DROGAS QUE ESTE RECIBIENDO EL PACIENTE, CON INDICACIÓN DE PROFILAXIS (primaria o secundaria) O TRATAMIENTO, POR ALGUNA CONDICIÓN RELACIONADA CON SU INFECCIÓN VIH/SIDA (Aclare en la columna correspondiente cuál es la infección por la que se indica la droga).

Drogas	Profilaxis primaria	Profilaxis secundaria	Tratamiento
	☐ Infección:_____	☐ _____	☐ _____
	☐ _____	☐ _____	☐ _____
	☐ _____	☐ _____	☐ _____
	☐ _____	☐ _____	☐ _____
	☐ _____	☐ _____	☐ _____

9) MOTIVO DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO (fundamentos del cambio)

Falla ☐ _____

Toxicidad ☐ _____

Intolerancia ☐ _____

No adherencia ☐ _____

Otra ☐ _____

10) COMPLETAR SI CORRESPONDE /

A- Provisión previa de drogas al afiliado a cargo de otra entidad (drogas, períodos y entidad)

_____

B- La/s droga/s solicitada/s al IOMA forman parte de un ensayo clínico en el que participó el paciente y concluyó la provisión de las drogas en forma parcial o total (detallar).

_____

_____

11) OBSERVACIONES DEL MÉDICO SOLICITANTE (Consigne todo dato que sea relevante para la fundamentación y mejor comprensión por parte de la auditoría de la prescripción del régimen antirretroviral solicitado)

_____

_____

Institución: _____

Tel: _____

Horario para comunicarse: _____

_____

Firma y Sello del Médico Solicitante