

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa a Ud. que con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de **VIH/SIDA** deberá presentar, en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

- 1- Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos con los datos completos.
- 2- **En caso de alta de cronicidad por primera y única vez**, deberá presentar la Ficha de notificación **VIH – SIDA** con los datos completos.
- 3- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (Código, N° de socio, edad) Obra Social, Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento, dosis y tiempo, forma de presentación, cantidad en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 4- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente, si es menor de edad, firmado por su representante.
- 5- **Resumen de historia clínica Especifica VIH – SIDA.**
- 6- **Planilla de adherencia.**
- 7- **En caso de embarazo – nacimiento (transmisión vertical)**, se deberá adjuntar Resumen de Historia Clínica con datos del seguimiento del recién nacido.
- 8- **En caso de enfermedades oportunistas**, traer documentación que acredite la misma.
- 9- **En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente todos los formularios (menos la ficha de notificación).**

Estudios a presentar:

1. Laboratorio NO menor a 6 meses.
2. Serología Hepatitis B, C y HIV.
3. Recuento CD4, y carga viral. (No más de 6 meses de realizado el estudio)
4. Test de Resistencia (en caso de cambio de tratamiento).

Importante:

- La documentación solo será recibida en las oficinas de atención al socio, en caso de estar completa.
- Toda la documentación deberá estar completa con letra clara, legible, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- **La documentación a presentar será evaluada por auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Actualización del Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos cada 12 meses.

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por ASI y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica Recién podrá comprar con el descuento correspondiente.

LA MISMA DEBERA SER ACTUALIZADA UNA VEZ AL AÑO, salvo algún cambio de tratamiento indicado por médico tratante, donde deberá rehacer esta planilla.

Presentar la documentación 30 días antes para la evaluación de la continuación de su tratamiento

Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos

Fecha...../...../.....

N° de Historia de Situación Terapéutica.....

DATOS DEL SOCIO

CODIGO DEL PACIENTE:.....

Plan.....N° de socio..... Edad (en años).....

Domicilio.....Localidad.....

Tel. particular.....Celular.....e-mail.....

PATOLOGIA	CIE10
Virus de Inmunodeficiencia Humana	B24

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS:

Principio Activo	Potencia	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Cantidad de envases/mes	Observaciones

DATOS DEL PROFESIONAL INFECTOLOGO TRATANTE:

Apellido y Nombre.....

Matrícula..... T.E.....

Firma y sello del médico infectólogo tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente.....

Firma y sello del Administrativo interviniente.....

Fecha inicio de la ST:/...../.....

Fecha finalización de la ST:/...../.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Código del paciente).....manifiesto mi total y absoluta conformidad y acepto el plan de tratamiento consistente en/con

.....

.....

prescripto por mi médico tratante Dr./a:.....Matícula N°..... Expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE

EN CASO DE TUTOR:

FIRMA TUTOR

PARENTEZCO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECÍFICA VIH-SIDA

Fecha: / /

Código de Paciente: Sexo: M F

Fecha de Diagnóstico: / /

Lugar de Residencia:

Estado Clínico: A1 A2 A3 B1 B2 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:

RECUESTO DE LINFOCITOS

Fecha			
N° Absoluto			
%			
Método			

CARGA VIRAL

Fecha			
Res			
Log			
Método			

Esquema de tratamiento (Según corresponda detallar y justificar)

Tratamiento previo períodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios:

.....

Causas de toxicidad y/o fallo:

.....

Consignar Test de Resistencia. Detallar esquema actual

.....

Fundamento Médico:

.....

.....
Firma y sello Auditor Médico

.....
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

**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 *)

¿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 Equivalente a 95% de adherencia
- 1 semana Equivalente a 75% de adherencia
- 2 semanas Equivalente a 50% de adherencia
- 3 semanas Equivalente a 25% de adherencia
- 4 semanas Equivalente a 0% de adherencia

* 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 N°: 1 2 3 4

7.- Controles: (indicar resultados)

Primera CV(*)	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer CD4(*)	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CV Actual	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CD4 Actual	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del responsable

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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA NOTIFICACIÓN DE VIH EN EL SNVS

(El caso se considerará notificado cuando esté debidamente ingresado en el SNVS)



Se notificará cuando un profesional de la salud atienda por primera vez a una persona con diagnóstico confirmado de VIH, independientemente del estadio clínico de la infección.

Fecha de recolección en papel
____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

CÓDIGO

A	B	C	D	E						

A: 1ra y 2da letra del primer nombre (ej: María Ines= MA) D: Mes de nacimiento (MM)
 B: 1ra y 2da letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes=GO) E: Año de nacimiento (AAAA)
 C: Día de nacimiento (DD) **EJEMPLO: MAGO 03 06 1986**

Tipo de documento

--	--	--	--

Número de documento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Género

<input type="checkbox"/>	Varón cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Varón trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
<input type="checkbox"/>	Mujer trans: identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento varón.
<input type="checkbox"/>	Otro

Lugar de residencia → **Argentina** Provincia:.....Localidad:.....Barrio:.....
Otro país ¿Cuál?.....
Desconocido

Cobertura social → **Plan /Seguro público** **Obra social** **Plan salud privado/Mutual** **Ninguno**

Nivel de educación máximo alcanzado

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/> Primario incompleto	<input type="checkbox"/> Secundario completo	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/> Primario completo	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto	<input type="checkbox"/> Universitario completo

CLÍNICA

Establecimiento:.....

Dirección:.....**Provincia:**.....

Profesional:.....**Fecha de consulta:** ____/____/____

Enfermedades marcadoras: Consignar fecha (mes/año) según corresponda

Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica.	___/___	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	___/___
TBC pulmonar	___/___	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	___/___
TBC diseminada o extrapulmonar	___/___	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	___/___
Neumonía a P. jiroveci (P. carinii)	___/___	L.E.M.P.(Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	___/___
Micobacteriosis atípica	___/___	Linfoma primario en cerebro	___/___
Toxoplasmosis cerebral	___/___	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer de cuello invasivo)	___/___
Retinitis por Citomegalovirus	___/___	Sarcoma de Kaposi	___/___
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	___/___	Síndrome de desgaste por VIH	___/___
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	___/___	Encefalopatía por VIH	___/___
Cryptosporidiasis con diarreas persistente de más 1 mes	___/___	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediátrico)	___/___
Criptococosis extrapulmonar	___/___	Herpes simplex diseminado	___/___
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	___/___	Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	___/___
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	___/___	Linfoma de alta malignidad	___/___
Septicemia recurrente a Salmonella	___/___		

AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

FICHA DEL CIUDADANO

CLÍNICA

Diagnóstico referido/constatado → Fecha de diagnóstico → Conocida ___/___/___ Desconocida

Recuento T-CD4 al diagnóstico valor: _____ CD4% al diagnóstico: _____

¿Diagnóstico durante embarazo/parto/puerperio?: NO SI

→ Embarazo anterior Embarazo actual Embarazo Parto Puerperio

Comorbilidades: Hepatitis B Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida
 Hepatitis C Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Fecha desconocida

Estadio clínico al momento del diagnóstico constatado → Asintomático Síndrome retroviral agudo Sintomático sin criterio de Sida
 Enfermedad marcadora de Sida Desconocido

Internación → SI NO Establecimiento:

Profesional:

Condición de alta/egreso → Fallecido fecha: ___/___/___ Causa de fallecimiento vinculado al evento SI ¿Cuál?
 NO

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una)

Prácticas sexuales sin protección con Varón cis Mujer cis Varón trans Mujer trans

Transmisión vertical Embarazo/parto Lactancia Momento desconocido

Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años **Accidente laboral** **Desconocido**

Transfusión sanguínea o derivados*

*Lugar y fecha (para transfusión sanguínea o derivados):

LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Ciudad/Provincia:

Nombre y Apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: Matrícula: