

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 Específica 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:/...../.....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA VIH-SIDA

Fecha:...../...../.....

Codigo 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 y/o detalle de fallo de los últimos dos esquemas.....

Detallar esquema actual:.....

Fundamento Médico:.....

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

Firma y sello Auditor Médico

Firma, sello y Matrícula Médico tratante

PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO HIV-SIDA

Fecha: / /

Obra social:..... RNOS:.....

Paciente Código:.....

1)- Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de éstos medicamentos. ¿Ha tenido Ud. algún problema?

SI ☐ NO ☐

En caso de que el paciente responda SI continuar.

2)- ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI ☐ NO ☐

¿Qué medicamento le produce molestias?.....

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas ☐ Gastroit. ☐ Rash ☐ Lipodist. ☐ Otros:.....

3)- Cuando nota la molestia ¿Deja de tomar alguna dosis ó interrumpe varios días en tratamiento? SI ☐ NO ☐

4)- Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandonó el tto. en el último mes

Ninguno	☐ Equivalente al 100% de adherencia
1 ó 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

¿Cambió de tratamieto? SI ☐ NO ☐

Cantidad de comprimidos que toma < 5 ☐ 5 a 10 ☐ > 10 ☐

MEDICAMENTOS EN USO

Marcar con una X

ABACAVIR	☐	DOLUTEGRAVIR	☐	EMTRICITABINA	☐	MARAVIROC	☐	RITONAVIR	☐
ANFOTERICINA	☐	DOLUTEGRAVIR DOBLE	☐	ETRAVIRINA	☐	NEVIRAPINA	☐	TENOFOVIR	☐
ATAZANAVIR	☐	DORAVIRINA	☐	FOSCARNET	☐	RALTEGRAVIR	☐	VALGANCICLOVIR	☐
COBICISISTAT	☐	EFAVIRENZ	☐	LAMIVUDINA	☐	RIFABUTINA	☐		
DARUNAVIR	☐	ELVITEGRAVIR	☐	LOPINAVIR/R	☐	RILPIVIRINA	☐		

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

.....
Firma y sello Auditor Médico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

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
Nº..... 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

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH - SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

* VARÓN

MUJER

CÓDIGO

a

b

c

d

e

a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines MA)

b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)

Ejemplo: F MAGO 03 06 1978

c: Día de nacimiento (DD)

d: Mes de nacimiento (MM)

e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

TIPO DE DOCUMENTO*

* Indicar:
CI, DE, DNI, LC o LE

Nº DE DOCUMENTO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido:

Tel.:

e-mail:

Institución:

Tel.:

Dirección Institución:

Ciudad:

Provincia:

Firma y sello del notificante:

FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA

DD

MM

AAAA

1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

1.a Género:

Masculino

Femenino

Trans

Desconocido

1.b Lugar de residencia

Argentina

Provincia

Localidad

Barrio

Otro país, ¿cuál?

Desconocido

1.c. País de nacimiento:

1d. Cobertura de salud

Sistema público

Obra Social/ Seguridad Social

Medicina Prepaga

Desconocido

1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado

Persona entre 0 y 5 años

Persona entre 6 y 18 años

Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria

Persona de 19 años o más

Sin estudios

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario incompleto

Terciario completo

Universitario incompleto

Universitario completo

Desconocido

2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

2.a Fecha:

Fecha de diagnóstico desconocida

Fecha del primer test positivo confirmado por técnica específica documentada o referida por el paciente.

Niños menores de 18 meses: fecha de la segunda PCR, carga viral o antígeno P24 positivo

2.b Si es mujer, ¿el diagnóstico se realizó durante un embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Desconocido

2.c Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

Síndrome retroviral agudo

Infección asintomática

Infección sintomática sin criterio de sida

Enfermedad marcadora de sida

Desconocido

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno - (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
(005411) 4379-9000 INT. 4061 - vigilanciasida@msal.gov.ar - www.msal.gov.ar/sida

Ministerio de Salud



Presidencia de la Nación

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?

Desconocida _____

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: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido Fecha (MM/AAAA): __ __ / __ __ __ __ ☐ Fecha desconocida

Hepatitis C: ☐ Sí ☐ 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 Salmonella	__ __ / __ __
TBC pulmonar	__ __ / __ __	H. Simplex: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	__ __ / __ __
TBC diseminada o extrapulmonar	__ __ / __ __	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	__ __ / __ __
Neumonía a P. jiroveci (P. carinii)	__ __ / __ __	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	__ __ / __ __
Micobacterosis atípica	__ __ / __ __	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 invasivo)	__ __ / __ __
Cryptosporidiasis con diarrea persistente de más de 1 mes	__ __ / __ __	Sarcoma de Kaposi	__ __ / __ __
Criptococosis extrapulmonar	__ __ / __ __	Síndrome de desgaste por VIH (1)	__ __ / __ __
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	__ __ / __ __	Encefalopatía por VIH	__ __ / __ __
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	__ __ / __ __	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediatría) (2)	__ __ / __ __
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	__ __ / __ __		

- (1) Se considerará enfermedad adelgazante 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 astenia e hipertermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
- (2) Neumonía intersticial linfoidea: deben observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales de 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?

☐ Sí. ¿Cuál? _____

☐ No

☐ Desconocido

