

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIOR para tratamiento con Antirretrovirales

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO NO SI Fecha de suspensión: ___/___/___

Motivo de suspensión:

- Intolerancia
- Abandono
- Fallecimiento
- Falla virológica Última carga viral: _____ x 10⁻ copias/ml.
- Fallo inmunológico Último conteo CD4: _____ cel/ml
- Fallo clínico Evento clínico: Sdr.emaciación por VIH Neumonía por *P.jirovesii*
 Criptococosis extra-pulmonar Toxoplasmosis cerebral
 Histoplasmosis diseminada Candidiasis esof.traq.bron
 Sarcoma Kaposi *M.tuberculosis*
 Otros categoría C Otros categoría B
- Otro motivo

CAMBIO DE TRATAMIENTO NO SI

Cambio de droga: NO SI

- Agrega Etravirina Suspende Etravirina
- Agrega Darunavir Suspende Darunavir

Motivo del cambio:

- Intolerancia
- Toxicidad Especifique _____
- Falla virológica con resistencia ARV confirmada
- Falla virológica sin resistencia ARV confirmada
- Falla inmunológica
- Falla clínica

Cambio de dosis: NO SI

- Motivo de modificación:
- Efectos colaterales
 - Interacción medicamentosa
 - Otro

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha de inicio del tratamiento con Darunavir: ___/___/___

Fecha de inicio del tratamiento con Etravirina: ___/___/___

Fecha de último control: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: No Si

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Mialgias | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolores óseos | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Cefalea |
| <input type="checkbox"/> Esteatosis hepática | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Disnea |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Acidosis láctica | <input type="checkbox"/> Plaquetopenia | <input type="checkbox"/> Lipodistrofia |
| <input type="checkbox"/> Prurito | <input type="checkbox"/> Neutropenia | <input type="checkbox"/> Hiperglucemia |
| <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica |

Especifique otras importantes: _____

PARACLÍNICA

Carga viral (copias/ml): _____ Fecha : ___/___/___

Conteo CD4 : _____ cel/ml Fecha : ___/___/___

DOSIS DIARIA SOLICITADA

Darunavir : _____ mg Etravirina : _____ mg

OTRAS CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: