

Formulario de solicitud de 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: C.I.: _____ Nombre _____

Correo electrónico: _____ Firma _____

SOLICITUD PARA: Durunavir
 Etravirina

Otros componentes del TARV que recibirá en este plan:

Droga	Dosis total diaria	Nº de tomas diarias
Zidovudina (AZT)		
Lamivudina (3TC)		
Estavudina (d4T)		
Emtricitabina (FTC)		
Abacavir (ABC)		
Tenofovir (TDF)		
Nevirapina (NVP)		
Efavirenz (EFV)		
Etravirina (ETV)		
Nelfinavir (NFV)		
Ritonavir (RTV)		
Saquinavir (SQV)		
Lopinavir (LPV)		
Atazanavir (ATV)		
Fosamprenavir (FPV)		
Darunavir (DRV)		
Raltegravir (RAL)		
Enfuvirtide (ENF)		
Maraviroc (MVC)		
Dolutegravir (DTG)		
Otro :		

DIAGNÓSTICO:

Fecha de Diagnóstico ___/___/___

- Infección VIH - Tipo de virus VIH 1
 Infección VIH - Tipo de virus VIH 2

Situación al Diagnóstico

- Infección Asintomática
- Infección Aguda Sintomática
- Infección sintomática Categoría Clínica B
- Infección sintomática Categoría Clínica C

Carga viral inicial:

_____ copias/ml. Fecha: __/__/____

Conteo CD4 inicial: _____ cel/ml

Fecha: __/__/____

HISTORIA DE INFECCIÓN VIH

Mecanismo Transmisión probable:

- Sexual
- Vertical
- Sanguínea → Transfusión Uso de Drogas I/V Accidente

Enfermedades Oportunistas previas:

Evento clínico:

- Sdr.emaciación por VIH
- Criptococosis extra-pulmonar
- Histoplasmosis diseminada
- Sarcoma Kaposi
- LMP
- Otros categoría C
- Neumonía por *P.jirovesii*
- Toxoplasmosis encefálica
- Candidiasis esof.traq.bron
- M. tuberculosis
- Linfoma

Tratamientos Anti-retrovirales Previos (diferentes del que recibe actualmente)

TARV	Drogas incluidas	Fecha inicio (mes/año)	Fecha suspensión o modificación (mes/año)	Motivo suspensión o modificación (#)
1				
2				
3				
4				
5				

(#) Abandono (A), Intolerancia (I), Reacción Adversa (RA), Fracaso Viroológico (FV), Fracaso Inmunológico (FI), Fracaso Clínico (FC).

Adherencia a TARV previos:

- Mala
- Regular
- Buena

En caso de Modificación(es) por Efectos Adversos, señale:

Droga 1: _____ Efecto Adverso: _____

Droga 2: _____ Efecto Adverso: _____

Droga 3: _____ Efecto Adverso: _____

TARV Actual:

Droga	Dosis total diaria	N° de tomas diarias	Fecha de inicio
Zidovudina (AZT)			
Lamivudina (3TC)			
Estavudina (d4T)			
Abacavir (ABC)			
Tenofovir (TDF)			
Emtricitabina (FTC)			
Nevirapina (NVP)			
Efavirenz (EFV)			
Etravirina (ETV)			
Nelfinavir (NFV)			
Ritonavir (RTV)			
Saquinavir (SQV)			
Lopinavir (LPV)			
Atazanavir (ATV)			
Fosamprenavir (FPV)			
Darunavir (DRV)			
Raltegravir (RAL)			
Dolutegravir (DTG)			
Enfuvirtide (ENF)			
Maraviroc (MVC)			
Otro :			

Últimos dos Cargas Virales:

- 1) _____ copias/ml. Fecha: __/__/____
 2) _____ copias/ml. Fecha: __/__/____

Últimos dos conteos CD₄:

- 1) _____ cel/ml Linfocitos Totales: _____ / ml Fecha: __/__/____
 2) _____ cel/ ml Linfocitos Totales: _____ / ml Fecha: __/__/____

Otra Medicación que recibe actualmente:

- TMP/SMX Anti-fúngica: _____
 Anti-Micobacterias: _____ Otra profilaxis: _____
 Anti-viral: _____

- Vacunación:** Anti-neumocócica Fecha __/__/____
 Anti-Hepatitis B Fecha dosis final __/__/____
 Anti-gripal Fecha __/__/____
 Anti- meningococo Fecha __/__/____
 HPV Fecha __/__/____

ANTECEDENTES PERSONALES

Cardiovasculares

- Insuficiencia Cardíaca Hipertensión Arterial
 Cardiopatía Isquémica Arritmias

- Infarto Miocardio Otro _____

Respiratorios

- Asma
 EPOC
 Hipertensión Pulmonar
- TBC pulmonar
 Otro _____

Nefro-urológicos

- ERC
 Diálisis Crónica
- Glomerulopatía

Neurológicos

- ACV
 Epilepsia
 Neuropatía periférica
- Encefalopatía
 Otro _____

Psiquiátricos

- Consumo de sustancias:
 Alcoholismo
 Drogas → Cannabis
 Cocaína/ P. base
 Uso drogas I/V
- Tabaco → Actual
 Previo
- Intento Autoeliminación
 Depresión
 Psicosis
 Internación psiquiátrica
 Otro _____

Digestivos

- Gastritis / Ulcus gastroduodenal
 Hepatopatía
 Diarrea crónica
 Otro _____

Hematológicos

- Anemia
 Plaquetopenia
 Otro Cual _____
- Estado Trombofílico
 Trastorno Hemorrágico

Endócrino-metabólicos

- Diabetes I
 Diabetes II
 Dislipemia
 Obesidad
 Otro Cual _____

Enf. Neoplásicas

- Neoplasia Localizada
 Neoplasia Diseminada
 Órgano origen _____
 Diseminación _____

Otros

- Enf. Auto-inmune Especificar _____
 Alergia Especificar _____

COINFECCIONES:

- BK VHB VHC Sífilis

INFECCION BK Fecha de inicio tratamiento ___/___/___ Tratamiento completo? Si No

SIFILIS Actual Previo

INFECCION VHB Carga viral: _____ copias/ml. Fecha ___/___/___

INFECCION VHC Carga viral: _____ copias/ml. Fecha ___/___/___ Genotipo: ____

SITUACIÓN ACTUAL

Peso _____ Talla _____ IMC _____ Estado: Gestación
 Lactancia

