

<h1>F.115</h1>	<p>D.O.S.E.P.</p> <p>CHACABUCO ESQ AYACUCHO - SAN LUIS TEL: y FAX 0266-4424626 www.dosep.sanluis.gov.ar farmacia.planespeciales@gmail.com.ar</p> <p>PROGRAMA PARA PATOLOGIAS CRONICAS INFECTOCONTAGIOSAS (HIV – HEPATITIS C)</p>	<p>AREA PLANES ESPECIALES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H.C. N°</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>OBS</td> <td></td> </tr> </table> <p>USO INTERNO</p>	H.C. N°		OBS	
H.C. N°						
OBS						
<p>EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER CONFECCIONADO EXCLUSIVAMENTE POR MEDICO ESPECIALISTA Y COMPLETADAS AMBAS CARAS, EN SU TOTALIDAD Y CON LETRA CLARA Y LEGIBLE. -</p>						

TRAMITE SUJETO A AUDITORIA MEDICA	
<p style="text-align: center;"><u>REQUISITOS PRIMERA VEZ:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ORIGINAL FORMULARIO F.115 <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD) <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO</p>	<p style="text-align: center;"><u>REQUISITOS RENOVACION:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ORIGINAL FORMULARIO F.115 <input type="checkbox"/> CONSTANCIA ANTERIOR (ORIGINAL) <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD) <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO</p>

CÓDIGO O NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO:	
DNI N°:	FECHA: / /
DIAGNOSTICO:	
FECHA DIAGNOSTICO: / /	EDAD:
MEDICO ESPECIALISTA:	TEL:

<p>RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:</p> <p>-Patologías asociadas/pre-existentes: Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infecciosas <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> Renales <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Neoplásicas <input type="checkbox"/> Endocrinológicas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/></p> <p>Descripción.....</p> <p>.....</p> <p>Elementos de progresión clínica: Candidiasis mucosa recurrente <input type="checkbox"/> Leucoplasia vellosa oral <input type="checkbox"/> Fiebre de origen desconocido <input type="checkbox"/> Pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Otros:.....</p> <p>Observaciones (Efectos adversos, otros).....</p> <p>.....</p> <p>Tratamientos previos:</p> <p>Adherencia al tratamiento: BUENA <input type="checkbox"/> MALA <input type="checkbox"/></p>
--

EXAMENES DE LABORATORIO:

RESULTADOS DE CARGA VIRAL Y CD4 (en caso de hepatitis C completar CV y en caso de HIV completar CV y CD4)

FECHA	CV (COPIAS)	CV (LOG)	CD4 (VALOR)	CD4%

-Glucemia..... Urea..... Crea.....

-Perfil Lipídico:

Triglicéridos.....HDL.....

Colesterol:.....LDL.....

-Orina:

Glucosuria: NO SI Valor.....

Proteinuria: NO SI Valor.....

-Hemograma.....

-Hepatograma.....

-Resistencia genotípica (Ante fallo terapéutico)

PRESCRIPCIÓN (Rp) ANTIRETROVIRALES

DROGA / ASOCIACIÓN / PRODUCTO	POTENCIA en UI /ml	FORMA FARM.	DOSIS	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MEDICO	PERIODO MAXIMO DE TRATAMIENTO
Rp1						
Rp2						
Rp3						
Rp4						

FECHA / /

FIRMA MEDICO INFECTÓLOGO

AUDITORIA MEDICA - AUTORIZACION

DROGA / ASOCIACIÓN / PRODUCTO	POTENCIA en UI /ml	FORMA FARM.	DOSIS	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MEDICO	PERIODO MAXIMO DE AUTORIZACIÓN
Rp1						
Rp2						
Rp3						
Rp4						

OBSERVACIONES –RESERVADO AUDITORIA MEDICO FARMACEUTICA

RENOVACION CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>	MODIFICACIONES <input type="checkbox"/>	RENOVACION CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>

FECHA / /

FIRMA MEDICO AUDITOR