

F.115

Área Planes Especiales
Uso Interno

H.C.N°

OBS

TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

- ORIGINAL FORMULARIO F.115
- FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO

REQUISITOS RENOVACIÓN:

- ORIGINAL FORMULARIO F.115
- CONSTANCIA ANTERIOR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO - INFORME AUTOMONITOREO

Nombre y Apellido:	D.N.I.	Fecha Nacimiento: / /
Diagnóstico:		
Fecha de diagnóstico: / /	Edad:	
Médico Especialista:	Tel:	

HISTORIA CLÍNICA

PATOLOGÍAS ASOCIADAS/PREXISTENTES: Cardiovasculares Oftalmológicas Infecciosas Neurológicas
 Renales Obesidad Neoplásicas Endocrinológicas Otras

DESCRIPCIÓN

ELEMENTOS DE PROGRESIÓN CLÍNICA: Candidiasis mucosa recurrente Leucoplasia vellosa oral
 Fiebre de origen desconocido Pérdida de peso > 10%

OTRO

OBSERVACIONES (EFECTOS ADVERSOS, OTROS)

TRATAMIENTOS PREVIOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Buena Mala

EXÁMENES DE LABORATORIO

RESULTADOS 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: CETONURIA SI NO VALOR:..... PROTEINURIA SI NO VALOR:.....

HEMOGRAMA:.....

HEPATOGRAMA:.....

RESISTENCIA GENOTÍPICA (Ante fallo terapéutico):.....

.....

PRESCRIPCIÓN (Rp) ANTIRETROVIRALES

	DROGA O ASOCIACIÓN	POTENCIA en mg/UI	FORMA FARM.	DÓSIS	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MÉDICO	PERÍODO MÁXIMO DE AUTORIZACION
Rp1							
Rp2							
Rp3							
Rp4							

Fecha: / /

Firma Médico Infectólogo

AUDITORÍA MÉDICA - AUTORIZACIÓN

	DROGA O ASOCIACIÓN	POTENCIA en mg/UI	FORMA FARM.	DÓSIS	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MÉDICO	PERÍODO MÁXIMO DE AUTORIZACION
Rp1							
Rp2							
Rp3							
Rp4							

Fecha: / /

Firma Médico Auditor

OBSERVACIONES - RESERVADO AUDITORÍA MÉDICO FARMACEUTICA

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

Fecha: / /

Firma Médico Auditor