

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

DATOS PERSONALES

Sigla del paciente:

Mail: Tel.: DNI:

Edad: Género: Lugar de residencia:

DIAGNÓSTICO HISTÓRICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE10: Descripción:

Estado clínico: A1 - A2 - A3 - B1 - B2 - B3 - C1 - C2 - C3

Lugar de atención:

TRATAMIENTOS PREVIOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) | <input type="checkbox"/> Elvitegravir |
| <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) | <input type="checkbox"/> Raltegravir |
| <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) | <input type="checkbox"/> Rilpivirina |
| <input type="checkbox"/> Tenofovir Alafenamida (TAF) | <input type="checkbox"/> Cobicistat |
| <input type="checkbox"/> Tenofovir Fumarato (TDF) | <input type="checkbox"/> Ritonavir |
| <input type="checkbox"/> Atazanavir | <input type="checkbox"/> Nevirapina |
| <input type="checkbox"/> Lopinavir / Ritonavir | <input type="checkbox"/> Efavirenz |
| <input type="checkbox"/> Bictegravir | <input type="checkbox"/> Etravirina |
| <input type="checkbox"/> Darunavir | <input type="checkbox"/> Maraviroc |
| <input type="checkbox"/> Dolutegravir | <input type="checkbox"/> No realizó esquemas previos al presente |
| <input type="checkbox"/> Doravirina | |

CARGA VIRAL ACTUALIZADA

Fecha:/...../.....
Valores Absolutos	

RECuento DE CD4 ACTUALIZADO

Fecha:/...../.....
Valores absolutos	
Valores porcentuales	

Firma y Sello:

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

2 de 2

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (periodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios. Causas de toxicidad y/o fallos. Consignar Test de Resistencia.)

TRATAMIENTO ACTUAL

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) | <input type="checkbox"/> Elvitegravir |
| <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) | <input type="checkbox"/> Raltegravir |
| <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) | <input type="checkbox"/> Rilpivirina |
| <input type="checkbox"/> Tenofovir Alafenamida (TAF) | <input type="checkbox"/> Cobicistat |
| <input type="checkbox"/> Tenofovir Fumarato (TDF) | <input type="checkbox"/> Ritonavir |
| <input type="checkbox"/> Atazanavir | <input type="checkbox"/> Nevirapina |
| <input type="checkbox"/> Lopinavir / Ritonavir | <input type="checkbox"/> Efavirenz |
| <input type="checkbox"/> Bictegravir | <input type="checkbox"/> Etravirina |
| <input type="checkbox"/> Darunavir | <input type="checkbox"/> Maraviroc |
| <input type="checkbox"/> Dolutegravir | |
| <input type="checkbox"/> Doravirina | |

Estimado colega: el presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y debe estar acompañado de toda la documentación respaldatoria requerida.

Apellido y Nombre: _____
Matrícula nacional N°: _____ Matrícula provincial: N°: _____
Mail: _____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

DOCUMENTACIÓN ANUAL Y CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Receta médica: La misma deberá contener los siguientes datos: fecha, firma y aclaración de su médico con el sello correspondiente, su alias/sigla y datos filiatorios, diagnóstico, y el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. Ud. deberá conservar el original de esta receta y presentarla, firmada por Ud. al dorso (Firma, Aclaración y DNI), al momento de retirar la medicación, siendo esto una condición excluyente. En función de seguir cumpliendo con los recaudos dispuestos por la Ley 25649, carece de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento, cualquier receta que no se ajuste con lo antes mencionado.
- Protocolo por medicación Antirretroviral en original.
- Copia de laboratorio con carga viral actualizado.
- “Ficha de Notificación Digital del Ministerio de Salud” sistema on-line por parte del profesional tratante obteniendo usuario habilitado en el SNVS (Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud). Al finalizar el proceso de inscripción en este sistema se generará una constancia en PDF que debe ser entregada al paciente para su presentación en la OOSS. Esto se realiza por única vez, por lo que, si ya fue registrado en el sistema anteriormente, deben presentar la constancia en PDF oportunamente emitida. Todos los profesionales tienen obligación de notificar de acuerdo con la ley N° 23.798, dado que se trata de una enfermedad de notificación obligatoria (ENO).
- Copia de estudios complementarios que avalen el diagnóstico (test de resistencia, detección de antígeno HLA B-5701, etc.).
- Consentimiento Informado.
- En caso de presentar enfermedades oportunistas deberá adjuntar copia de documentación avalatoria (Resumen de Historia Clínica y Laboratorio).
- Dependiendo del esquema de tratamiento solicitado el médico auditor podrá requerir la presentación de documentación adicional que le será informada al momento de la solicitud.

EN CASO DE INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO O BAJA ADHERENCIA

Justificativo médico indicando motivo y período de la interrupción, en caso de que el mismo sea mayor a 6 (seis) meses, deberá presentar también la documentación anual completa.

A TENER EN CUENTA

La Obra Social podrá autorizar la provisión bimestral de la medicación, si y sólo si, la documentación se encuentra presentada en tiempo y forma. Para esto, la receta deberá especificar por escrito los meses de cobertura solicitados, así como también la cantidad de envases y comprimidos requeridos. No se podrán realizar pedidos con una misma orden médica para Diciembre - Enero.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- La solicitud de la medicación debe ser hecha con la antelación suficiente para permitir la entrega del mismo en tiempo y forma, siendo esta de un mínimo de 10 días hábiles.
- El período de gestión para la auditoría de un ingreso o de un cambio de tratamiento es de 7 (siete) días hábiles.
- No se reconocerá ningún reintegro debido a compras del afiliado como particular, la medicación debe ser en todos los casos provista por esta Obra Social. No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo. INFORMACIÓN ADICIONAL La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado. Trámite sujeto a Auditoría Médica.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo

Mail de contacto: _____ Tel de contacto: _____

En conformidad Firma: _____ Sigla: _____ DNI: _____

La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado. Trámite sujeto a Auditoría Médica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN: _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.