OSPOCE
Un aporte bien hecho

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

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

- ☐ Abacavir (ABC)
- ☐ Emtricitabbina (FTC)
- ☐ Lamivudina (3TC)
- ☐ Tenofovir Alafenamida (TAF)
- ☐ Tenofovir Fumarato (TDF)
- ☐ Atazanavir
- ☐ Lopinavir / Ritonavir
- ☐ Bictegravir
- ☐ Darunavir
- ☐ Dolutegravir
- ☐ Doravirina
- ☐ Elvitegravir
- ☐ Raltegravir
- ☐ Rilpivirina
- ☐ Cobicistat
- ☐ Ritonavir
- ☐ Nevirapina
- ☐ Efavirenz
- ☐ Etravirina
- ☐ Maraviroc
- ☐ No realizó esquemas previos al presente

CARGA VIRAL ACTUALIZADA

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

RECUENTO DE CD4 ACTUALIZADO

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

Firma y Sello:

OSPOCE
Un aporte bien hecho

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO ACTUAL

- ☐ Abacavir (ABC)
- ☐ Emtricitabbina (FTC)
- ☐ Lamivudina (3TC)
- ☐ Tenofovir Alafenamida (TAF)
- ☐ Tenofovir Fumarato (TDF)
- ☐ Atazanavir
- ☐ Lopinavir / Ritonavir
- ☐ Bictegravir
- ☐ Darunavir
- ☐ Dolutegravir
- ☐ Doravirina
- ☐ Elvitegravir
- ☐ Raltegravir
- ☐ Rilpivirina
- ☐ Cobicistat
- ☐ Ritonavir
- ☐ Nevirapina
- ☐ Efavirenz
- ☐ Etravirina
- ☐ Maraviroc

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:

OSPOCE
Un aporte bien hecho

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 Nº 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.

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

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.

OSPOCE
Un aporte bien hecho

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: _____
_____

Asimsimo 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.