



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

**INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)**

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**N° DE AFILIADO:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE DX:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**ACC. LABORAL:**  SÍ  NO

**EMBARAZO:**  SÍ  NO

<b>ESTADO CLÍNICO</b>	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3
	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3

**Recuento de Linfocitos**

**Carga Viral**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

N° absoluto \_\_\_\_\_

N° absoluto \_\_\_\_\_

% \_\_\_\_\_

% \_\_\_\_\_

Método \_\_\_\_\_

Método \_\_\_\_\_

Según corresponda, detallar y justificar: Esquemas de tratamientos previos, periodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios. Causas de toxicidad y/o fallos. Consignar test de Resistencia. Detallar esquema actual.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

**INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)**

**TRATAMIENTOS PREVIOS DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

ABACAVIR (ABC)	BICTEGRAVIR	COBICISISTAT
EMTRICITABINA (FTC)	DARUNAVIR	RITONAVIR
LAMIVUDINA (3TC)	DOLUTEGRAVIR	NEVIRAPINA
TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF)	DORAVIRINA	EFAVIRENZ
TENOFOVIR FUMARATO (TDF)	ELVITEGRAVIR	ETRAVIRINA
ATAZANAVIR	RALTEGRAVIR	MARAVIROC
LOPINAVIDR/RITONAVIR	RILPIVIRINA	
NO REALIZÓ ESQUEMAS PREVIOS AL PRESENTE		

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

FUNDAMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

- CONSTANCIA DE DENUNCIA AL PROGRAMA DE VIGILANCIA DEL MSALUD DE LA NACIÓN
- ULTIMA CARGA VIRAL
- ULTIMO VALOR DE CD4 EN VALORES ABSOLUTOS
- ULTIMO VALOR DE CD4 EN VALORES PORCENTUALES
- TEST DE RESISTENCIA (DE CORRESPONDER)

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

**ACTUALIZACIÓN ANUAL**

**1- Resumen de Historia Clínica de seguimiento**

**2 - Actualización de la Información Médica**

- Cambio de tratamiento
- Fecha de finalización de tratamiento
- Motivo de Discontinuación
- En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

**3 - Información Adicional**

Ultima Carga Viral / Ultimo valor de CD4 en valores absolutos / Ultimo valor de CD4 en valores porcentuales