

HIV - SIDA

PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO

Obra Social:

R.N.O.S.

Fecha: / /

Paciente (Cod.):

1. Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos.

¿ Ha tenido usted algún problema? SI NO

En caso de que el paciente conteste SI continuar

2. ¿Relaciona la molestia con un fármaco? SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? (Código)

¿Qué tipo de molestias? Cefaleas Lipodis. Gastroint. Otros Rash

3. Cuándo nota la molestia ¿Deja de tomar alguna dosis o interrumpe varios días el tratamiento? SI NO

4. Intenta cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes

Ninguno Equivalente al 100% de adherencia

1 o 2 días Equivalente al 95% de adherencia

1 semana Equivalente al 75% de adherencia

2 semanas Equivalente al 50% de adherencia

3 semanas Equivalente al 25% de adherencia

4 semanas Equivalente al 0% de adherencia

5. Tratamiento (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambió de tratamiento? SI NO

Cantidad de comprimidos que toma <5 5 a 10 >10

Drogas en uso

Cod. Droga

1. ABACAVIR

2. AMPRENAVIR

3. ATAZANAVIR

4. DARUNAVIR

5. DELAVIROIN

6. DIDANOSINA

7. EFAVIRENZ

8. ENFUVIRTIDE

9. ETRAVIRINA

10. FOSAMPRENAVIR

11. FTC

Cod. Droga

12. HIDROXUREA

13. LAMIVUDINA

14. LOPINAVIRA

15. MARAVIROC

16. NELFINAVIR

17. NEVIRAPINA

18. RALTEGRAVIR

19. RITONAVIR

20. SAQUINAVIR

21. SAQUINAVIR RF

22. STAVUDINA

Cod. Droga

23. TENOFOVIR

24. ZALCITABINA

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

.....
Firma y Sello del Médico Tratante