



3.-HIV-SIDA-PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO

Planilla de Adherencia

Obra Social _____

RNOS Fecha

--	--	--	--	--	--

--	--	--

PACIENTE (Cód.) _____

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
Lipodist.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Gastroint.
Otro

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Rash

3) ¿Cuándo nota la molestia deja de tomar alguna dosis o interrumpe varios días el tratamiento?

SI NO

4) Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes?

Ninguno

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1 o 2 días

1 semana

2 semanas

3 semanas

4 semanas

Equivalente al 100% de adherencia

Equivalente al 95% de adherencia

Equivalente al 75% de adherencia

Equivalente al 50% de adherencia

Equivalente al 25% de adherencia

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

Cod	Droga	Cod	Droga	Cod	Droga

1 ABACAVIR		12 HIDROMUREA		23 TENOFOVIR	
2 AMPRENAVIR		13 LAMIVUDINA		24 ZALCIFAVINA	
3 ATAZANAVIR		14 LOPINAVIR/r		25 Zidov/lamivudina	
4 DARUNAVIR		15 MARAVIROC		26 TRUVADA	
5 DELAVIRDINA		16 NELFINAVIR		27	
6 DIDANOSINA		17 NEVIRAPINA		28	
7 EFAVIRENZ		18 RALTEGRAVIR		29	
8 ENFUVIRTIDE		19 RITONAVIR		30	
9 ETRAVIRINA		20 SAQUINAVIR		31	
10 FOSAMPRENAVIR		21 SAQUINAVIR RF		32	
11 FTC		22 STAVUDINA		33	

Firma y sello del Médico tratante: