**ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES**

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

(de acuerdo a Programa Nacional de Control de Retrovirus Humano, VHI/SIDA/ETS)

Código del paciente Sexo: F M

Fecha de diagnóstico WB: SI NO

Lugar de residencia

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

Accidente laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas en los últimos 3 meses: SI NO

Cuales:

Lugar de atención:

Denuncia plan nacional de SIDA: SI NO Número de expediente

**INFECCIONES OPORTUNISTAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patología** | **Fecha de inicio** | **Tratamiento** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**INFECCIONES MARCADORAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnostico** | **Fecha**  | **Observaciones** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**RECUENTO DE LINFOCITOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |
| **N° Absolutos** |  |  |  |  |  |  |
| **%** |  |  |  |  |  |  |
| **Método** |  |  |  |  |  |  |

 **CARGA VIRAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |  |  |
| **Resultado** |  |  |  |  |  |  |
| **Log** |  |  |  |  |  |  |
| **Método** |  |  |  |  |  |  |

**TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anti-****retroviral** | **Desde** | **Hasta** | **Efecto Adverso** | **Abandono** | **Fallo** | **Suspensión** | **Motivo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Fundamento médico**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**FECHA FIRMA Y SELLO DEL INFECTÓLOGO**