Bmé. Mitre 1906 - CP: C1039AAD - C.Aut. de Buenos Aires - RNOS: 1-0080-9
Tel.:+54 11 49537277 - Fax: +54 11 49537422
E-mail: osa@aeronavegantes.com - info@aeronavegantes.com

Obra Social de Aeronavegantes

PLANILLA DE ADHERENCIA

Código _|_ _|_ _|_ _|_ _|_|_|_ Fecha ___|___|___

1.- Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos.
¿Ha tenido usted algún problema? SI ○ NO ○ En caso que el paciente conteste "si", continuar.

2.-¿Relaciona la con un fármaco? SI ○ NO ○
¿Qué medicamento le produce molestias? Código .....
¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas ☐ Gastroint. ☐ Rash ☐ Lipodist. ☐ Otros .....

3.- Cuando notala molestia ¿deja de tomar alguna dosis o varios días el tratamiento? SI ○ NO ○

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

Ninguno ☐	Equivalente al 100%	3 semanas ☐	Equivalente a 50% de adherencia
1-2 días ☐	Equivalente a 95% de adherencia	4 semanas ☐	Equivalente a 25% de adherencia
1semana ☐	Equivalente a 75% de adherencia		

5.- **Tratamiento** (marcar con una X los medicamentos en uso)
¿Cambios de tratamiento? SI ○ NO ○
Cantidad de comprimidos que toma: <5 ☐ 5-10 ☐ >10 ☐
Drogas en uso:

DROGA					
ABACAVIR	☐	FOSAMPRENAVIR	☐	SAQUINAVIR	☐
AMPRENAVIR	☐	HIDROXIUREA	☐	SAQUINAVIR NF	☐
ATAZANAVIR	☐	INDINAVIR	☐	STAVUDINA	☐
DARUNAVIR	☐	LAMIVUDINA	☐	TENOFOVIR	☐
DELAVIRDINA	☐	LOPINAVIR	☐	TRIPRANAVIR	☐
DIDANOSINA	☐	MARAVIROC	☐	ZALCITABINA	☐
EMATRABINA	☐	NELFINAVIR	☐	ZIDOVUDINA	☐
EFAVIRENZ	☐	NEVIRAPINA	☐	.....	☐
ENFUVIRTIDE	☐	RALTEGRAVIR	☐		
ETRAVIRINA	☐	RITONAVIR	☐		

6.- Fallo SI ○ NO ○ N°1 ☐ N°2 ☐ N°3 ☐ N°4 ☐

7.- Controles (indicar resultados)

Primera CV ..... Fecha _|_|_

Primera CD4 ..... Fecha _|_|_

CV Actual ..... Fecha _|_|_

CD4 Actual ..... Fecha _|_|_

ADJUNTAR ANALISIS DE LABORATORIO

.....
Firma del médico tratante