

**ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**
(de acuerdo a Programa Nacional de Control de Retrovirus Humano, VIH/SIDA/ETS)

OBRA SOCIAL: OSPIM

CODIGO DEL PACIENTE:

FECHA DE DIAGNOSTICO:

WB:

Sexo:

LUGAR DE RESIDENCIA:

ESTADO CLINICO:

ACCIDENTE LABORAL:

EMBARAZO:

VACUNAS APLICADAS ULTIMOS TRES MESES:

CUALES:

LUGAR DE ATENCIÓN:

INFECCIONES OPORTUNISTAS

| PATOLOGIA | FECHA INICIO | TRATAMIENTO | DESDE | HASTA |
|-----------|--------------|-------------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ENFERMEDADES MARCADORAS

| DIAGNOSTICO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-------------|-------|---------------|
| | | |
| | | |

RECuento DE LINFOCITOS

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | |
| Nº absolutos | | | | | |
| % | | | | | |
| Método | | | | | |

CARGA VIRAL

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

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

| DROGA | DESDE | HASTA | EFFECTO ADVERSO | ABANDO NO | FALLO | SUSPENSION | MOTIVO |
|-------|-------|-------|--------------------|--------------|-------|------------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Fecha:

Firma y Sello del Infectólogo

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA PARA VIH – SIDA

- **Código del Paciente:**
- **Sexo:** F M
- **Fecha de Diagnostico:**
- **Lugar de Residencia:**
- **Estado Clinico:** A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3
- **Accidente Laboral:** SI NO
- **Embarazo:** SI NO
- **Vacunas aplicadas los últimos tres meses:**
- **Lugar de Atención:**
- **Notificación Programa Nacional de SIDA:** SI NO
- **Numero de Expediente:**
- **Fundamento Medico:**
- **Obra Social:**