

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 que el paciente conteste SI continuar.

2) ¿ Relaciona la molestia con un fármaco?

SI

--

NO

--

¿ Qué medicamento le produce molestias?

--

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas

--

Gastroint.

--

Rash

--

Lipodis.

--

Otros

--

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

SI

--

NO

--

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

Ninguno

--

Equivalenta al 100% de adherencia

1 o 2 días

--

Equivalenta al 95% de adherencia

1 semana

--

Equivalenta al 75% de adherencia

2 semanas

--

Equivalenta al 50% de adherencia

3 semanas

--

Equivalenta al 25% de adherencia

4 semanas

--

Equivalenta al 0% de adherencia

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

¿ Cambio de tratamiento?

SI

--

NO

--

Cantidad de comprimidos que toma

<5

--

5 a 10

--

>10

--

Drogas en uso

1 ABACAVIR

--

11 HIDROXUREA

--

21 ESTAVUDINA

--

2 AMPRENAVIR

--

12 LAMIVUDINA

--

22 TENOFOVIR

--

3 ATAZANAVIR

--

13 LOPINAVIR

--

23 ZALCITABINA

--

4 DARUNAVIR

--

14 MARAVIROC

--

24 ZIDOVUDINA

--

5 DELAVIROINA

--

15 NELFINAVIR

--

25 EMTRICITABINA

--

6 DIDADOSINA

--

16 NEVIRAPINA

--

26 RALTEGRAVIR

--

7 EFAVIRENZ

--

17 RALTEGRAVIR

--

27

--

8 ENFUVIRTIDE

--

18 RITONAVIR

--

28

--

9 ETRAVIRINA

--

19 SAQUINAVIR

--

29

--

10 FOSAMPRENAVIR

--

20 SAQUINAVIR RF

--

30

--

6) Fallo:

SI

☐

NO

☐

Nº:

1:

2:

3:

4:

7) Controles: (indicar resultados)

Primera CV	Fecha
Primer CD4	Fecha
CV Actual	Fecha
CD4 Actual	Fecha
Consulta Med	Fecha
Consulta Med	Fecha
Consulta Med	Fecha

Período de presentación a S.U.R.

Hasta	Hasta:
-------	--------