



Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

PROTOCOLO DE HIV - SIDA

Fecha:/...../.....

RNOS:.....

Datos personales

Código paciente:

Mail: Tel: Cel:

DNI: Edad: Género:

Lugar de residencia:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

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

Accidente laboral: SI NO EMBARAZO: SI NO

Vacunas aplicadas los últimos 3 meses: SI NO Cuales:

Lugar de atención:

Ficha de notificación VIH-SIDA del M. N. Salud: SI NO N° Expediente:

RECUENTO DE LINFOCITOS			
Fecha/...../...../...../...../...../.....
N° absoluto			
%			
Método			

CARGA VIRAL			
Fecha/...../...../...../...../...../.....
Resultado			
Log			
Método			

Esquemas de tratamiento Según corresponda detallar y justificar

Esquemas de tratamientos previos, periodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios. Causas de toxicidad y/o fallos. Consignar Test de Resistencia. Detallar esquema actual.

Fundamento Médico

Médico Solicitante

Apellido y Nombre:

Matrícula nacional: N°

Mail:

Matrícula provincial: N°

Tel.:

Cel:

Firma y Sello:



Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

• **Receta médica:** La misma deberá contener los siguientes datos: fecha, firma y aclaración de su médico con el sello correspondiente, su alias/sigla y datos filiatorios, diagnóstico, y el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.

En función de seguir cumpliendo con los recaudos dispuestos por la Ley 25649, carecerá de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento, cualquier receta que no se ajuste con lo antes mencionado.

- Protocolo por medicación Antirretroviral en original
- Copia de laboratorio con carga viral actualizado
- Protocolo "Ficha de notificación Ministerio de Salud" en original
- Copia de estudios complementarios que avalen el diagnóstico (test de resistencia, detección de antígeno HLA B-5701, etc.).
- Consentimiento Informado
- En caso de presentar enfermedades oportunistas deberá adjuntar copia de documentación avalatoria (Resumen de Historia Clínica y Laboratorio)
- Dependiendo del esquema de tratamiento solicitado el médico auditor podrá requerir la presentación de documentación adicional que le será informada al momento de la solicitud.

DOCUMENTACIÓN ANUAL

La Obra Social autorizará la medicación a año calendario (de Enero a Diciembre) siendo requisito fundamental la presentación de la siguiente documentación la cual será recepcionada hasta el 28 de Febrero para autorizar el tratamiento del año completo. (Se deben entregar los originales en la Obra Social).

- Protocolo por medicación Antirretroviral original
- Copia de laboratorio con carga viral y estudios actualizados (no mayores a 3 meses de antigüedad).

CAMBIO DE TRATAMIENTO

(Se deben entregar los originales en la Obra Social al momento de la solicitud del cambio).

- Receta médica (con las indicaciones detalladas anteriormente).
- Protocolo por medicación Antirretroviral indicando allí el motivo del cambio, el esquema previo y el nuevo esquema solicitado.
- Copia de estudios complementarios que avalen la modificación del esquema (laboratorio, test de resistencia, detección de antígeno HLA B-5701, etc.).
- Consentimiento Informado
- En caso de presentar enfermedades oportunistas deberá presentar documentación avalatoria.

Dependiendo del esquema de tratamiento solicitado se puede llegar a requerir la presentación de documentación adicional que le será informada al momento de la solicitud.

EN CASO DE INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO

(Se deben entregar los originales en la Obra Social)

- Justificativo médico indicando motivo y período de la interrupción, en caso de que el mismo sea mayor a 6 (seis) meses, deberá presentar también la documentación anual completa.

A TENER EN CUENTA

La Obra Social podrá autorizar la provisión bimestral de la medicación, si y solo si, la documentación se encuentra presentada en tiempo y forma.

Para esto, la receta deberá especificar por escrito los meses de cobertura solicitados, así como también la cantidad de envases y comprimidos requeridos.

No se podrán realizar pedidos con una misma orden médica para Diciembre-Enero.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- La solicitud de la medicación debe ser hecha con la antelación suficiente para permitir la entrega del mismo en tiempo y forma, siendo esta de un mínimo de 7 días hábiles para la entrega en farmacia.
- El período de gestión para la auditoría de un ingreso o de un cambio de tratamiento es de 7 (siete) días hábiles
- No se reconocerá ningún reintegro debido a compras del afiliado como particular, la medicación debe ser en todos los casos provista por esta Obra Social.

No se recibirá ni tramitara solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.

Teléfono de contacto: _____ Mail de contacto: _____

(Deberán mantenerse actualizados, informando a esta Auditoría cambio alguno)

En conformidad

Firma: _____ Sigla: _____ DNI: _____

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoría Médica.**

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH-SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

<p>* VARÓN <input type="radio"/> MUJER <input type="radio"/></p>	<p>CÓDIGO</p> <table border="1"><tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr></table> <p>a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA) b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO) Ejemplo: MAGO 03 06 1978</p> <p>c: Día de nacimiento (DD) d: Mes de nacimiento (MM) e: Año de nacimiento (AAAA)</p> <p>* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)</p>	a	b	c	d	e	<p>FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA</p> <table border="1"><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table>	DD	MM	AAAA
a	b	c	d	e						
DD	MM	AAAA								

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel.: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____

1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

1.a Género:

- Masculino
 Femenino
 Trans
 Desconocido

1.b Lugar de residencia

- Argentina
Provincia: _____
Localidad: _____
Barrio: _____
 Otro país, ¿cuál? _____
 Desconocido

1.c País de nacimiento

1.d Cobertura de salud

- Sistema público
 Obra Social / Seguridad Social
 Medicina Prepaga
 Desconocido

1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado

- Persona entre 0 y 5 años
 Persona entre 6 y 18 años

Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria _____

Persona de 19 años o más

- Sin estudios
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario incompleto
 Secundario completo
 Terciario incompleto
 Terciario completo
 Universitario incompleto
 Universitario completo
 Desconocido

2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

2.a Fecha: ___ / ___ / ___ Fecha Diagnóstico Desconocida

Fecha del primer test positivo confirmado por Western Blot documentada o referida por el paciente
Niños menores de 18 meses: fecha de la segunda PCR, carga viral o antígeno P24 positivo

2.b Si es mujer, ¿el diagnóstico se realizó durante un embarazo, parto o puerperio?

- Sí
 No
 Desconocido

2.c Estadio clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado

- Síndrome retroviral agudo
 Infección asintomática
 Infección sintomática sin criterio de sida
 Enfermedad marcadora de sida
 Desconocido

2.d Vías de transmisión más probables (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- Transmisión vertical
 Relaciones sexuales con mujeres
 Relaciones sexuales con hombres
 Relaciones sexuales con trans
 Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años
 Accidente laboral
 Transfusión sanguínea o derivados Institución _____
 Ciudad _____
 Fecha (MM/AAAA) ___ / ___ / ___
- Otras ¿Cuál? _____
 Desconocida

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

Recuento de linfocitos T-CD4 más cercano a la fecha de diagnóstico

- Disponible Valor CD4 _____ Porcentaje _____ Fecha: ___ / ___ / ___ (DD/MM/AAAA)
 No disponible

4. HEPATITIS: CO-INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

- Hepatitis B: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___ / ___ Fecha desconocida
 Hepatitis C: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___ / ___ Fecha desconocida

5. ENFERMEDADES MARCADORAS

Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)
Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica	___ / ___	Septicemia recurrente a Salmonella	___ / ___
TBC pulmonar	___ / ___	H. Simplex: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	___ / ___
TBC diseminada o extrapulmonar	___ / ___	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	___ / ___
Neumonía a <i>P. jiroveci</i> (<i>P. carinii</i>)	___ / ___	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	___ / ___
Micobacteriosis atípica	___ / ___	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	___ / ___
Toxoplasmosis cerebral	___ / ___	L.E.M.P. (Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	___ / ___
Retinitis por Citomegalovirus	___ / ___	Linfoma de alta malignidad	___ / ___
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	___ / ___	Linfoma primario en cerebro	___ / ___
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	___ / ___	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer cuello invasivo)	___ / ___
Cryptosporidiasis con diarrea persistente de más de 1 mes	___ / ___	Sarcoma de Kaposi	___ / ___
Criptococosis extrapulmonar	___ / ___	Síndrome de desgaste por VIH (1)	___ / ___
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	___ / ___	Encefalopatía por VIH	___ / ___
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	___ / ___	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediatría) (2)	___ / ___
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	___ / ___		

- (1) Se considerará enfermedad adelgazante por el VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%, asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blandas por día durante más de un mes) o astenia e hipertermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
 (2) Neumonía intersticial linfoidea: deben observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales de más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

6. NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Fecha del fallecimiento: ___ / ___ / ___ (DD/MM/AAAA)

¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?

- Sí. ¿Cuál? _____
 No
 Desconocido