



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:



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 INTERRUPCIÓN 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 tramitará 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.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**