

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS para pacientes con VIH

Documentación para presentar en OSIM

- **Pedido Médico** por medicamento “genérico” indicando “diagnóstico” (copia) El original se presenta al momento de la entrega del medicamento.
- **Formulario Consentimiento informado** (original). Ver formulario adjunto en página 2.
- **Resumen de Historia Clínica para pacientes con VIH** (original). Frecuencia: **anual**. Ver formulario adjunto en página 3
- **Resumen de Historia Clínica VIH-SIDA:** Ver formulario adjunto en página 4
- **Ficha de Notificación VIH-SIDA:** Se presenta únicamente al solicitar medicación por primera vez. El afiliado deberá presentar el comprobante que genera el Ministerio de Salud, una vez que el médico tratante realice la carga de datos (Cada profesional debe ingresar a la página del [Sistema Integrado de Información Sanitaria \(SISA\)](#) con su clave, para registrar a un paciente o modificar datos)
- **Estudios CD3, CD4, Carga Viral y Test de Resistencia** (este último en caso de que se lo haya realizado o para determinados medicamentos) (copia). Frecuencia: **anual**.

Nota:

En caso de cambio de medicación o esquema terapéutico, será necesario presentar nuevamente toda la documentación detallada, a excepción del Comprobante emitido por el Ministerio de Salud.

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Consentimiento Informado
- Resumen de Historia Clínica para pacientes con VIH
- Modelo Resumen de Historia Clínica - VIH-SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: de de

Codificación de paciente:, con DNI N°, he sido informado de la necesidad de ser sometido a por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo)

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en:

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en: como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en:

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento o para la realización del procedimiento / práctica denominada:

Firma del paciente: Codificación de paciente:

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor:

Aclaración de firma: N° de DNI

Carácter:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el paciente (codificación de paciente) ha comprendido la totalidad de lo explicado.

Firma y sello del médico

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA para pacientes con VIH

Fecha:

Nº de Documento: Codificación del Paciente:

Patología de Base:

.....
.....
.....

Tratamientos Anteriores:

.....
.....
.....

Carga Viral:

.....
.....
.....

Tratamiento Actual:

.....
.....
.....

Dosis Diaria de Medicación:

.....
.....
.....

Estado Actual del Paciente:

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Médico

MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - VIH-SIDA

RNOS:

CODIGO PACIENTE:

SEXO: F M

FECHA:

FECHA DE DIAGNÓSTICO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

ESTADO CLINICO: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

ACCIDENTE LABORAL: SI NO EMBARAZO: SI NO

VACUNAS APLICADAS ULTIMOS 3 MESES SI NO CUALES:

LUGAR DE ATENCION:

FICHA DE NOTIFICACION VIH-SIDA DEL MIN. SALUD: SI NO N° EXPEDIENTE:

RECUENTO DE LINFOCITOS:

Fecha			
N° absolutos			
%			
Método			

Fecha			
Resultado			
LOG			
Método			

ESQUEMA DE TRATAMIENTO Según corresponda detallar y justificar:

Esquemas de tratamientos previos, período, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios

causas de toxicidad y/o fallos. Consignar Test de Resistencia. Detallar esquema actual

FUNDAMENTO MEDICO:

FIRMA, SELLO Y MATRICULA MEDICO TRATANTE