

Anexo II
PLANILLA DE ADHERENCIA



OBRA SOCIAL:

RNOS

PACIENTE (CÓDIGO) _____

FECHA:

1.- Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos.

SI NO

¿Ha tenido usted algún problema?

En caso que el paciente conteste "SI", continuar:

2.- ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? (código) _____

¿Qué tipo de molestias?

Cefáleas Gastrointestinales Rash
Lipodist. Otros

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

SI NO

4.- Intente cuantificar el número total de días que el paciente abandona el tratamiento en el último mes:

Ninguno		Equivalente al 100 % de adherencia
1 - 2 días		Equivalente al 95 % de adherencia
1 semana		Equivalente al 75 % de adherencia
2 semana		Equivalente al 50 % de adherencia
3 semanas		Equivalente al 25 % de adherencia
4 semanas		Equivalente al 0 % de adherencia

5.- TRATAMIENTO (marcar con X los medicamentos en uso)

Los siguientes ítems siempre deben completados

¿Cambio de tratamiento?

SI NO

Cantidad de comprimidos que toma

< 5 5 a 10 > 10

Drogas en uso:

1 ABACAVIR		12 LAMIVUDINA	
2 AMPRENAVIR		13 LOPINAVIR / RITONAVIR	
3 ATAZANAVIR		14 NELFINAVIR	
4 DELAVIRDINA		15 NEVIRAPINA	
5 DIDANOSINA		16 RITONAVIR	
6 EFAVIRENZ		17 SAQUINAVIR	
7 ENFURVIRTERIDE		18 SAQUINAVIR NF	
8 FOSAMPRENAVIR		19 STAVUDINA	
9 FTC		20 TENOFOVIR	
10 HIDROXIUREA		21 ZALCITABINA	
11 INDINAVIR		22 ZIDOVUDINA	

6.- FALLO SI NO Nro. 1 2 3 4

7.- CONTROLES (INDICAR RESULTADOS)

	Valor	FECHA	/	/
PRIMERA CV				
PRIMER CD4				
CV ACTUAL				
CD4 ACTUAL				

.....
Firma y Sello del Infectólogo