

Medicación antirretroviral (HIV):

- 1º. "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES (HIV)" (A). Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la página web www.das.gob.ar
- 2º. En el "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES (HIV)" complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A.
- 3º. Su médico tratante de cartilla u hospital público debe completar el formulario con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B. y C. del formulario.
- 4º. La documentación completa deberá enviarla a través del mail contacto@das.gob.ar o bien dirigirse a la DAS (Adolfo Alsina 1825)
- 5º. Documentación que debe presentar:
 - ✓ Formulario completo y consentimiento informado (A), firmado y sellado por el profesional especialista en infectología y el afiliado que padece la enfermedad.
 - ✓ Copia del informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico (Hemograma completo con leucocitos y fórmula, recuento de Linfocitos CD4 y Carga viral actualizada).
 - ✓ Receta médica del medicamento (copia),
- 6º. En caso de autorizarse la medicación, la Droguería ORIEN, se contactará con el afiliado o con el contacto designado en el formulario para la entrega en la farmacia convenida
- 7º. Para la continuidad de la medicación deberá presentar la receta mensualmente con los datos completos: Nombre y Apellido, número de afiliados, droga por genérico y cantidad, firma y sello del profesional.
- 8º **Cada 6 meses deberá renovar la autorización presentando nuevamente formulario y estudios (este tramite puede demorar hasta 15 días)**

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

Fecha...../..... /.....

A. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....

Nro. DNI:

Localidad: Pcia.:.....

Mail:.....

Tel.:Sexo: M F Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad:

B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE)

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....Email.....

C. DIAGNOSTICO

Fecha de diagnóstico:/..... /.....

Diagnóstico según CIE 10

Código **Descripción**

Código	Descripción

Estado clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3 (remarque con un círculo el que corresponda)

EMBARAZO: SI NO

Vacunas aplicadas los últimos 3 meses: SI NO Cuales: _____

Lugar de atención: _____

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

Recuento de CD 4			Carga viral				
Fecha/..../..../..../..../..../....	Fecha/..../..../..../..../..../....
Valor				Valor			

Esquemas de tratamiento Según corresponda detallar y justificar

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

.....

.....

.....

.....

.....

Fundamento Médico

.....

.....

.....

.....

.....

D. Tratamiento solicitado

Elija de la lista la o las drogas, indique miligramos y cantidad de tomas diarias

NOMBRE GENERICO	SIGLAS	MILIGRAMOS	TOMAS DIARIAS
ABACAVIR	ABC		
EMTRICITABINA	FTC		
LAMIVUDINA	3TC		
FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR	DF, TDF		
ZIDOVUDINA	AZT		
DORAVIRINA	DOR		
EFAVIRENZ	EFV		
ETRAVIRINA	ETR		
NEVIRAPINA	NVP		
RILPIVIRINA	RPV		
ATAZANAVIR	ATV		
DARUNAVIR	DRV		
FOSAMPRENAVIR	FOS-APV-FPV		
RITONAVIR	RTV		
SAQUINAVIR	SQV		
TIPRANAVIR	TPV		

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

ENFUVIRTIDA	T-20		
MARAVIROC	MVC		
CABOTEGRAVIR	CAB		
DOLUTEGRAVIR	DTG		
RALTEGRAVIR	RAL		
FOSTEMSAVIR	-		
IBALIZUMAB-UIYK	TNX 355		
COBICISTAT	COBI		

NOMBRE GENERICO	DOSIS	TOMAS DIARIAS
ABACAVIR Y LAMIVUDINA		
ABACAVIR, DOLUTEGRAVIR, Y LAMIVUDINA		
ABACAVIR, LAMIVUDINA, Y ZIDOVUDINA		
ATAZANAVIR Y COBICISTAT		
BICTEGRAVIR, EMTRICITABINA, Y ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR		
CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINA		
DARUNAVIR Y COBICISTAT		
DARUNAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, Y ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR		
DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA		
DOLUTEGRAVIR Y RILPIVIRINA		
DORAVIRINA, LAMIVUDINA, Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
EFAVIRENZ, EMTRICITABINA, Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
EFAVIRENZ, LAMIVUDINA, Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
EFAVIRENZ, LAMIVUDINA, Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
ELVITEGRAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, Y ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR		
ELVITEGRAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
EMTRICITABINA, RILPIVIRINA, Y ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR		
EMTRICITABINA, RILPIVIRINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
EMTRICITABINA Y ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR		
EMTRICITABINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

LAMIVUDINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR		
LAMIVUDINA Y ZIDOVUDINA		
LOPINAVIR Y RITONAVIR		

Firma Médico Infectologo

Sello con Matricula

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Que el Dr/a....., MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En..... a los.....días del mes de.....de 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: