



INSTRUCTIVO GENERAL PARA EL INICIO EN PROGRAMA OMS042- IOMA-FABA

- La planilla de solicitud inicial del Programa debe ser completada por el médico de cabecera del paciente, para la determinación de carga viral y CD4. El Programa tiene cobertura del 100 %, no debiendo el afiliado, abonar monto alguno por las prácticas.
- El afiliado deberá llevarla al laboratorio de análisis bioquímicos junto con una verificación afiliatoria y fotocopia de resultados confirmatorios de enfermedad OMS 042 (Western Blot positivos).
- La planilla del programa y la verificación afiliatoria será entregada en la Delegación de IOMA.
- Este proceso será realizado por única vez.
- El laboratorio cargará dicha información y le dará de alta en el Programa para su autorización por la auditoría de FABA.



PROGRAMA OMS 042-IOMA-FABA

PLANILLA DE SOLICITUD INICIAL

INICIALES / Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

N° Afiliado: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Tipo y N° de documento: _____ Tel: _____

SOLICITUD DE CARGA: _____ VERIFICACIÓN AFILIATORIA (uso exclusivo de IOMA)

1) carga viral

2) Cd4 (CF)

1. FECHA DEL PRIMER TEST DE ANTICUERPOS PARA HIV: ___/___/___

2. ENFERMEDADES MARCADORAS PREVIAS? NO SI Cuáles?

3. ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD POR HIV (marcar con un círculo)

N° de CD4	A	B	C
	asintomático Inf. primaria LGP	sintomático condiciones distintas de Categ. A o C	enfermedades marcadoras de SIDA
(1) > 500	A1	B1	C1
(2) 200-499	A2	B2	C2
(1) > 200	A3	B3	C3

4. ¿ELEMENTOS ACTUALES DE PROGRESIÓN CLÍNICA? NO SI CUÁLES?

Candidiasis mucosa recurrente	
Leucoplasia vellosa oral	
Fiebre de origen desconocido	
Sudores nocturnos no explicables	
Pérdida de peso >10%	
Otro	

5. RECuento DE CD4 (/mm3)

	Último recuento				
FECHA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
N° TOTAL					
PORCENTAJE					
MÉTODO(*)					

(*) CF: citometría de flujo AM: anticuerpos monoclonales

6. CARGA VIRAL (Copias/ml)

Último valor

Fecha	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Resultado					
LOG 10					
Método					

7.¿TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PREVIO? NO___ SI___

Droga	Desde	Hasta	Sigue	Falla	Toxicidad	Intolerancia
ZIDOVUDINA						
DIDANOSINA						
ZALCITABINA						
STAVUDINA						
LAMIVUDINA						
SAQUINAVIR						
RITONAVIR						
INDINAVIR						
NEVIPARINA						

OTROS

8. VACUNAS RECIBIDAS / _____

Fecha última vacunación / _____

COMENTARIOS DEL MÉDICO SOLICITANTE /

 Firma y sello

Lugar de atención: _____

Horario: _____

Teléfono: _____

Por la presente autorizo al arriba firmante a remitir esta información al destinatario de referencia.

Firma: _____

Tipo y N° de documento: _____