



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Presencia de trastornos psiquiátricos (aclarar):

**Laboratorio**

Hemograma:

Glucemia:

Urea:

Creatinina:

Ionograma:

Perfil lipídico:

Hepatograma:

Orina completa:

CD4:

PPD:

Serologías para Chagas:

Toxoplasmosis:

Hepatitis A:

Hepatitis B:

Hepatitis C:

Sífilis:

Varicela:

CMV:

Test de resistencia basal:

HLA-B\*5701 (Si está disponible, antes de iniciar tratamiento con abacavir):

Electrocardiograma:

Rx. de tórax:

**SEGUIMIENTO:**

Evolución clínica.

Nivel de CD4 , carga viral, serologías, laboratorio:



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Inmunizaciones realizadas:

**TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

Esquemas:

Duración del tratamiento:

Motivo del cambio de tratamiento (en el caso de fallo virológico aclarar):

**TRATAMIENTO NUEVO PROPUESTO**

Esquema con dosis:

Duración del tratamiento:



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

**RESERVADO PARA AUDITORIA**

SE RECOMIENDA AUTORIZAR:      SI                      NO  
Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

Médico interviniente (Firma y sello)