

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)