

Información del afiliado

Fecha:

Codificación acorde OMS: (Sexo: M o F. Nombre: 2 primeras letras del primer nombre. Apellido: 2 primeras letras del primer apellido. Fecha de nacimiento: ddmmaaaa)

DNI, LC, LE:

Localidad

Teléfono

INICIO

☐

CAMBIO DE ESQUEMA

☐

RENOVACIÓN

☐

Fecha de diagnóstico

Estadificación

Adherencia:

Buena

☐

Mala

☐

Historia clínica (completar con letra legible)

.....

.....

.....

Laboratorio específico (complete protocolos de hasta 3 meses de antigüedad y presentar junto con la solicitud)

Fecha	CV (Nº copias)	CV (logaritmo)	CD4 (Nº copias)	CD4 %

Esquema terapéutico actual

.....

.....

.....

Tratamientos previos

.....

.....

.....

Motivo de cambio de esquema (en caso de fallo presentar test de resistencia junto a la solicitud)

.....

.....

.....

Datos del médico tratante

Apellido y nombre	DNI
E mail	Teléfono