

**ANEXO II
PLANILLA DE ADHERENCIA**

Obra Social _____

RENOS FECHA

PACIENTE (Cód.) _____

1.- Ciertos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar estos medicamentos ¿Ha tenido usted alguno? SI NO

En caso que el paciente conteste "si", continuar:

2.- ¿Relaciona la molestia con un fármaco? SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? Código (ver *)

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas

Gastroint.

Rash

Lipodist.

Otros

3: Cuando nota la molestia ¿deja de tomar alguna dosis o varios días el tratamiento? SI NO

4: Intente cuantificar el número total de días que el paciente abandona el tratamiento en el último mes

- 1-2 días Equivalente a 95% de adherencia
- 1 semana Equivalente a 75% de adherencia
- 2 semanas Equivalente a 50% de adherencia
- 3 semanas Equivalente a 25% de adherencia
- 4 semanas Equivalente a 0% de adherencia

* 5. -TRATAMIENTO (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambio de tratamiento? SI NO

Drogas en uso:

cod.	DROGA	cod.	DROGA
1	ABACAVIR <input type="checkbox"/>	12	NEVIRAPINA <input type="checkbox"/>
2	AMPRENAVIR <input type="checkbox"/>	13	RITONAVIR <input type="checkbox"/>
3	ATAZANAVIR <input type="checkbox"/>	14	SAQUINAVIR <input type="checkbox"/>
4	DELAVIRDINA <input type="checkbox"/>	15	SAQUINAVIR NF <input type="checkbox"/>
5	DIDANOSINA <input type="checkbox"/>	16	STAVUDINA <input type="checkbox"/>
6	EFAVIRENZ <input type="checkbox"/>	17	TENOFOVIR <input type="checkbox"/>
7	HIDROXIUREA <input type="checkbox"/>	18	ZALCITABINA <input type="checkbox"/>
8	INDINAVIR <input type="checkbox"/>	19	ZIDOVUDINA <input type="checkbox"/>
9	LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>	20	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>
10	LOPINAVIR/RITONAVIR <input type="checkbox"/>	21	ABACAVIR+ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA <input type="checkbox"/>
11	NELFINAVIR <input type="checkbox"/>		

6.- Fallo: SI NO N°: 1 2 3 4

7.- Controles: (indicar resultados)

Primera CV(*)	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Primer CD4(*)	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
CV Actual	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
CD4 Actual	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

Firma del responsable

(*) Primera CV / primer CD4: consignar resultados al inicio del tratamiento