PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS para pacientes con VIH

Documentación para presentar en CARE SALUD

- **Pedido Médico** por medicamento "genérico" indicando "diagnóstico" *(copia)*. El original se presenta al momento de la entrega del medicamento.
- **Formulario Anexo I Consentimiento informado** *(original)*. Ver formulario adjunto en páginas 2 y 3.
- **Resumen de Historia Clínica tipo 1** completa *(original)* indicando datos del paciente, evolución de patología, tratamientos anteriores, estado actual y fundamentación médica del uso de la medicación a solicitar. Frecuencia: **anual**. (Ver formulario adjunto en página 4)
- **Modelo Resumen de Historia Clínica - VIH-SIDA** *(original)*. Frecuencia: **anual**. (Ver formulario adjunto en página 5)
- **Ficha de Notificación VIH-SIDA:** Se presenta únicamente al solicitar medicación por primera vez. El afiliado deberá presentar el comprobante que genera el Ministerio de Salud, una vez que el médico tratante realice la carga de datos.
- **Estudios CD3, CD4, Carga Viral y Test de Resistencia** (este último en caso de que se lo haya realizado o para determinados medicamentos) *(copia)*. Frecuencia: **anual**.

Nota:

En caso de cambio de medicación o esquema terapéutico, será necesario presentar nuevamente toda la documentación detallada, a excepción del comprobante emitido por el Ministerio de Salud.

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Anexo I Consentimiento Informado Bilateral
- Modelo de Resumen de Historia Clínica para pacientes con VIH
- Modelo Resumen de Historia Clínica - VIH-SIDA

ANEXO I – CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Entre el/la Sr./Sra. ....., DNI ....., domicilio real ....., Historia Clínica N° ....., representado/a en este acto por ....., en adelante "EL PACIENTE" por una parte, y por la otra el Dr. ....., Matrícula .....; DNI ....., domicilio real ....., el Dr. ....., Matrícula .....; DNI ....., domicilio real ....., y el Dr. ....., Matrícula .....; DNI ....., domicilio real ....., en adelante "EL PROFESIONAL O EQUIPO MÉDICO", se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, Ley N° 26.567 y Ley N° 26.742 y su Decreto reglamentario N° 1089/2012, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: EL PROFESIONAL luego de la evaluación de EL PACIENTE le informa que éste padece.....

(Explicar la naturaleza de la patología y su evolución natural)

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento: .....

(Explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se llevará a cabo)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten .....

(Detallar los cuidados anteriores y posteriores que el paciente tendrá que realizar)

Las consecuencias de la denegación por parte de EL PACIENTE son .....

(El profesional deberá explicar qué consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto)

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones, mortalidad y secuelas son .....

TERCERA: EL PROFESIONAL informa que cuando el paciente presenta una enfermedad irreversible, incurable o se encuentra en estadio terminal tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

EL PACIENTE **ACEPTA/RECHAZA** la reanimación artificial (Tachar lo que no corresponde)

EL PACIENTE **ACEPTA/RECHAZA** el retiro de medidas de soporte vital (Tachar lo que no corresponde)

CUARTA: EL PROFESIONAL también informa que EL PACIENTE podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

EL PACIENTE **ACEPTA/RECHAZA** procedimientos de hidratación (Tachar lo que no corresponde)

EL PACIENTE **ACEPTA/RECHAZA** procedimientos de alimentación (Tachar lo que no corresponde)

QUINTA: EL PROFESIONAL informa que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

Los pacientes con padecimiento mental tienen derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.

Ante la imposibilidad o la incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier actuación profesional, podrán hacerlo el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18, los padres, los hermanos, los abuelos, otros familiares directos o el tutor.

EL PACIENTE designa a ..... en 1° lugar y a
..... en 2° lugar. (Nombrar a los familiares designados)

SEXTA: EL PACIENTE en este acto **OTORGA / NO OTORGA** el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

SÉPTIMA: El consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.

El paciente **SI / NO** AUTORIZA a EL PROFESIONAL a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.

El paciente **SI / NO** AUTORIZA a EL PROFESIONAL ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

OCTAVA: EL PACIENTE reconoce que ha sido acompañado por EL PROFESIONAL en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.

NOVENA: EL PROFESIONAL se constituye en el depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica Nro. ..... que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad que personalmente ha supervisado en .....

DÉCIMA: EL PROFESIONAL por este acto entrega el segundo ejemplar de un mismo tenor al Sr./Sra. .....

DÉCIMA PRIMERA: Las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado es en ..... *(Ciudad, sanatorio, hospital y consultorio)* ubicado en calle ..... y que el lugar de cumplimiento del presente contrato es .....

DÉCIMA SEGUNDA: Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones. En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las ..... horas, se formaliza el presente convenio en dos ejemplares, de igual tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de ....., a los ..... días del mes de ..... del año .....

_____

Firma paciente / responsable legal / Tutor

_____

Lugar y Fecha

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA para pacientes con VIH

Fecha: .....

N° de Documento: ..... Codificación del Paciente: .....

Patología de Base:

.....
.....
.....

Tratamientos Anteriores:

.....
.....
.....

Carga Viral:

.....
.....
.....

Tratamiento Actual:

.....
.....
.....

Dosis Diaria de Medicación:

.....
.....
.....

Estado Actual del Paciente:

.....
.....
.....

_____
Firma y Sello del Médico

MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - VIH-SIDA

RNOS:	
CÓDIGO PACIENTE:	**SEXO: F M FECHA:**
FECHA DE DIAGNÓSTICO:	
LUGAR DE RESIDENCIA:	
ESTADO CLÍNICO: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3	
ACCIDENTE LABORAL: SI NO EMBARAZO: SI NO	
VACUNAS APLICADAS ÚLTIMOS 3 MESES: SI NO CUÁLES:	
LUGAR DE ATENCIÓN:	
FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH-SIDA DEL MIN. SALUD: SI NO N° EXPEDIENTE:	
RECUENTO DE LINFOCITOS: (fecha / n° absolutos / % / método / resultado / LOG)	

ESQUEMA DE TRATAMIENTO Según corresponda detallar y justificar:

Esquemas de tratamientos previos, período, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios, causas de toxicidad y/o fallos. Consignar Test de Resistencia. Detallar esquema actual.

FUNDAMENTO MÉDICO:

Firma, Sello y Matrícula Médico Tratante