



PLANILLA DE ADHERENCIA-ANEXO III

PACIENTE: _____ FECHA _____

1-Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar algunos de estos medicamentos

¿Ha tenido usted algún problema? 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)

Cefaléas Gastroint. Rash Lipodist Otros

3-Cuando nota la molestia ¿deja de tomar alguna dosis o varios días del tratamiento?

SI NO

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

Ninguno Equivalente al 100 % de adherencia

1-2 días Equivalente al 95 % de adherencia

1 semana Equivalente al 75 % de adherencia

2 semanas Equivalencia al 50 % de adherencia

3 semanas Equivalencia al 25 % de adherencia

4 semanas Equivalencia al 0 % de adherencia

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

Los siguientes ítems siempre deben ser completados

¿Cambió de tratamiento? SI NO

Cantidad de comprimidos que toma < 5 >5-10 >10

Drogas de uso:

Código	Drogas	Código	Drogas
1	Abacavir	12	Lamivudina
2	Amprenavir	13	Lopinavir/Ritonavir
3	Atazanavir	14	Nelfinavir
4	Delavirdina	15	Neviparina
5	Didanosina	16	Ritonavir
6	Efavirenz	17	Saquinavir
7	Enfuvirtide	18	Saquinavir NF
8	Fosamprenavir	19	Stavudina
9	FTC	20	Tenofovir
10	Hidroxiurea	21	Zalcitabina
11	Indinavir	22	Zidovudina

6-Fallo SI NO N° 1 2 3 4

7- Controles (Indicar resultados)

Primer CV	Fecha			
Primer CD 4				
CV Actual				
CD 4 Actual				
Consulta Med				
Consulta Med				
Consulta Med				

FIRMA Y SELLO DEL INFECTOLOGO