



### 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