



APELLIDOS : _____
NOMBRE : _____ Hª CLÍNICA : _____
DIAGNÓSTICO : _____ SERVICIO CLÍNICO : _____
MÉDICO PRESCRIPTOR : _____ COLEGIADO Nº : _____
DATOS DE INTERÉS DIAGNÓSTICO: CV _____ CD4 _____

TRATAMIENTO: ☐ Inicio ☐ Revisión ☐ Cambio tratamiento (indicar motivo): ☐ Ef. adversos ☐ Fracaso terap.
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: ☐ Correcto ☐ Inadecuado PRÓXIMA REVISIÓN:/...../.....

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	1	2	3	4	5	6
☐ APTIVUS 250 mgr							
☐ ATRIPLA							
☐ CELSENTRI 150 mgr							
☐ CELSENTRI 300 mgr							
☐ COMBIVIR CAP 300/150 mgr							
☐ EMTRIVA							
☐ EPIVIR COMP 300 mgr							
☐ FUZEON							
☐ INTELENCE 100 mgr							
☐ INVIRASE COMP 500 mgr							
☐ ISENTRESS 400 mgr							
☐ KALETRA COMPRIMIDOS.							
☐ KIVEXA							
☐ NORVIR CAP 100 mgr							
☐ PREZISTA 300 mgr							
☐ PREZISTA 400 mgr							
☐ PREZISTA 600 mgr							
☐ RETROVIR CAP 100 mgr							
☐ REYATAZ 150 mgr							
☐ REYATAZ 200 mgr							
☐ REYATAZ 300 mgr							
☐ SUSTIVA COMP 600 mgr							
☐ TELZIR 700 mgs							
☐ TRIZIVIR COMP.							
☐ TRUVADA							
☐ VIDEX CÁPS. 200 mgr							
☐ VIDEX CÁPS. 250 mgr							
☐ VIDEX CÁPS. 400 mgr							
☐ VIRAMUNE Comp 200 mgr							
☐ VIREAD Comp. 300 mgr							
☐ ZERIT CAP 30 mgr							
☐ ZERIT CAP 40 mgr							
☐ ZIAGEN COMP 300 mgr							
☐ ZIDOVUDINA 250 mgr							
☐							
☐							

Firma del Médico

Firma del Farmacéutico