DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Programa Ryan White Parte B
Programa de Asistencia en Medicamentos para Pacientes VIH/Sida

ANEJO I

NOTIFICACION DE MODIFICACION DE TERAPIA

☐ **CAMBIO DE TERAPIA** ☐ **INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS**

Instrucciones: Manejador de casos completará el formulario en su totalidad. No se aceptarán solicitudes incompletas.

INFORMACION DEL PACIENTE

_____ _____ _____ _____

Apellidos Nombre Inicial # ADAP o HIAP

Favor indicar las razones clínicas que justifican la solicitud del cambio (favor escribir en letra de molde):

_____

_____

Indique con una marca de cotejo los medicamentos prescritos en la terapia <u>ACTUAL</u> y especifique la dosis:

☐Aptivus _____ ☐Atripla ☐Biktarvi ☐Cabenuva ☐Combivir ☐Complera ☐Delstrigo ☐ Descovy

☐ Dovato ☐Edurant ☐ Emtriva _____ ☐ Epivir _____ ☐Epzicom ☐ Evotaz ☐ Fuzeon

☐ Genvoya ☐ Intelence ☐ Isentress _____ ☐ Isentress HD ☐ Juluca ☐ Kaletra _____

☐ Lexiva _____ ☐ Norvir _____ ☐ Odefsey ☐ Pifeltro ☐ Prezcobix ☐ Prezista _____

☐ Retrovir _____ ☐ Reyataz _____ ☐ Selzentry _____ ☐ Stribild

☐ Sunlenca ☐ Sustiva _____ ☐ Symtuza ☐ Tivicay ☐ Triumeq ☐ Trizivir ☐ Trogarzo

☐ Truvada ☐ Viracept _____ ☐ Viramune _____ ☐ Viramune XR ☐ Viread ☐ Ziagen _____

Otros: _____

Indique con una marca de cotejo los medicamentos prescritos en la terapia <u>NUEVA</u> y circule la dosis:

☐Aptivus _____ ☐Atripla ☐Biktarvi ☐Cabenuva ☐Combivir ☐Complera ☐Delstrigo ☐ Descovy

☐ Dovato ☐Edurant ☐ Emtriva _____ ☐ Epivir _____ ☐Epzicom ☐ Evotaz ☐ Fuzeon

☐ Genvoya ☐ Intelence ☐ Isentress _____ ☐ Isentress HD ☐ Juluca ☐ Kaletra _____

☐ Lexiva _____ ☐ Norvir _____ ☐ Odefsey ☐ Pifeltro ☐ Prezcobix ☐ Prezista _____

☐ Retrovir _____ ☐ Reyataz _____ ☐ Selzentry _____ ☐ Stribild

☐ Sunlenca ☐ Sustiva _____ ☐ Symtuza ☐ Tivicay ☐ Triumeq ☐ Trizivir ☐ Trogarzo

☐ Truvada ☐ Viracept _____ ☐ Viramune _____ ☐ Viramune XR ☐ Viread ☐ Ziagen _____

Otros: _____

Medicamentos Categoría II:	**Medicamentos Categoría III:**
1 _____	1 _____
2 _____	2 _____
3 _____	3 _____

Nombre del médico (letra de molde): _____ #Lic. Médico: _____

Manejador de Casos: _____ Fecha: ____/____/____
mes día año

Clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____