



### 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 **ACTUAL** y especifique la dosis:

- Aptivus \_\_\_\_\_  Atripla  Biktarvi  Combivir  Complera  Crixivan \_\_\_\_\_  Delstrigo  Descovy
- Dovato  Edurant  Emtriva \_\_\_\_\_  Eпивir \_\_\_\_\_  Epzicom  Evotaz  Fuzeon  Genvoya
- Intelence  Invirase  Isentress \_\_\_\_\_  Isentress HD  Juluca  Kaletra \_\_\_\_\_
- Lexiva \_\_\_\_\_  Norvir \_\_\_\_\_  Odefsey  Pifeltro  Prezcobix  Prezista \_\_\_\_\_
- Retrovir \_\_\_\_\_  Reyataz \_\_\_\_\_  Selzentry \_\_\_\_\_  Stribild
- Sustiva \_\_\_\_\_  Symtuza  Tivicay  Triumeq  Trizivir  Trogarzo  Truvada  Videx EC \_\_\_\_\_
- Viracept \_\_\_\_\_  Viramune \_\_\_\_\_  Viread  Zerit \_\_\_\_\_  Ziagen \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### Indique con una marca de cotejo los medicamentos prescritos en la terapia **NUEVA** y circule la dosis:

- Aptivus \_\_\_\_\_  Atripla  Biktarvi  Combivir  Complera  Crixivan \_\_\_\_\_  Delstrigo  Descovy
- Dovato  Edurant  Emtriva \_\_\_\_\_  Eпивir \_\_\_\_\_  Epzicom  Evotaz  Fuzeon  Genvoya
- Intelence  Invirase  Isentress \_\_\_\_\_  Isentress HD  Juluca  Kaletra \_\_\_\_\_
- Lexiva \_\_\_\_\_  Norvir \_\_\_\_\_  Odefsey  Pifeltro  Prezcobix  Prezista \_\_\_\_\_
- Retrovir \_\_\_\_\_  Reyataz \_\_\_\_\_  Selzentry \_\_\_\_\_  Stribild
- Sustiva \_\_\_\_\_  Symtuza  Tivicay  Triumeq  Trizivir  Trogarzo  Truvada  Videx EC \_\_\_\_\_
- Viracept \_\_\_\_\_  Viramune \_\_\_\_\_  Viread  Zerit \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_