

# Ficha de reporte de desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales para adultos por consejeros pares.

Para el Servicio Nacional de Salud (SNS), con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

## Sección 1. Generales

Establecimiento de salud

Director/a del Establecimiento

Provincia

Las respuestas tienen un carácter confidencial solo requerimos el número de record o ID. Está de acuerdo? Si  No

## Sección 2. Situación y verificación.

**PASO 1**

Entreviste a 5 usuarios/as [al azar], al terminar la consulta [cinco personas por semana]

Si Si la respuesta de todos es SI, termine la entrevista y archive reporte  
 No

**PASO 2**

Entreviste al personal médico y marcar respuesta

**PASO 3**

Entreviste al personal de farmacia

¿Recibió todos los medicamentos ARV completos?  
Si la respuesta es NO, pasar a la siguiente pregunta

Usuario	1		2		3		4		5	
Número de record o ID										
Marque Si o No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Cuando la respuesta es NO, indique el motivo:  
 Falta un medicamento  le cambiaron esquema  le entregaron vencidos

¿La falta de entrega de los ARV se debió a desabastecimiento o escasez en farmacia?

	Si	No
--	----	----

Solicite al encargado/a revisar la tarjeta de control de existencias y frente al consejero/a par confirmar la cantidad de ARV que faltan

Número de ARV que faltan al momento del reporte: \_\_\_\_\_

	Marcar Medicamento				
	Desabastecido		Escaso		
Tenofovir/Lamivudina 300 + 300 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atazanavir/Ritonavir 300 /100 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lamivudina/Abacavir 300 + 600 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lopinavir/Ritonavir 200 + 50 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emtricitabina/Tenofovir 200 /300 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raltegravir 400 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolutegravir 50mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darunavir 600 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efavirenz 600 mg Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Sección 3. Declaración

"Hago esta situación de su conocimiento para que, se tomen las medidas correctivas correspondientes. Una copia de este reporte está siendo enviada al director del Departamento de Medicamentos de Insumos (DMI) del SNS, director del establecimiento y al director del Servicio Regional de Salud que le suministra los insumos"

Nombre del consejero par

Nombre del encargado/a del servicio de VIH y Sello

Fecha / /

Contacto: [direcciondemedicamentos@sns.gob.do](mailto:direcciondemedicamentos@sns.gob.do)