



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-FDG-02

Versión: 00

Formulario de Solicitud de Pruebas para Monitoreo VIH/SIDA

Vigencia: 14-12-2018

Prueba Solicitada: Carga Viral VIH -1 CD4/CD8

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno de Casada
ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE CON LETRA LEGIBLE, PREFERIBLE EN IMPRENTA

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Cédula: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

Provincia

Distrito

Corregimiento

INFORMACIÓN CLÍNICA BÁSICA

Fecha de diagnóstico de VIH: _____ Estado Clínico: Agudo Asintomático SIDA

Infecciones oportunistas: _____
NO ESCRIBA SIGLAS DE LAS ENFERMEDADES OPORTUNISTAS, UTILICE NOMBRE COMPLETO O COMÚN

Paciente en tratamiento (triple terapia): SI NO Tiempo que lleva en tratamiento: _____
SE REQUIERE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE TRATAMIENTO

Esquema de tratamiento: _____

Tipo de Muestra enviada: Sangre completa

Motivo de la Prueba: Embarazo Sospecha de Resistencia Cambio de Tratamiento
 Primer examen de monitoreo Monitoreo

RESULTADOS PREVIOS

Carga Anterior _____ copias/mL Fecha _____
Recuento Anterior CD4 _____ cél/uL CD8 _____ cél/uL Fecha _____

SOLICITADO

Médico de Clínica VIH o Infectólogo: _____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Instalación de Salud: _____
NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA TARV

Todo formulario debe ser llenado con información actualizada del paciente. No deje espacios sin llenar. FORMULARIO SIN INFORMACIÓN COMPLETA ES CAUSA DE RECHAZO.

Teléfono: (507)527-4821/527-4829

Correo: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa

Fecha y responsable de toma de la muestra: _____

Fecha

Firma