



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-PDG-04-F1

Versión: 00

Vigencia:  
23-01-2019

Solicitud de Pruebas de Resistencia para  
pacientes VIH/SIDA con falla terapéutica  
(Genotipaje de VIH -1)

**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: \_\_\_\_\_  
(mes y año)

Estado Clínico: Asintomático  Agudo  SIDA

¿Paciente está tomando tratamiento?: SI  NO

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_  
(mes y año)

**HISTORIAL DE TRATAMIENTO**

SE REQUIERE INFORMACION ACTUALIZADA DE TRATAMIENTO

FECHA dd/mm/aa	INTI							INNTI					INHIBIDOR INTEGRASA			INHIBIDOR PROTEASA					MOTIVO DE CAMBIO	COMENTARIO	
	ABC	AZT	ddl	TAF	FTC	TDF	3TC	DLV	EFV	ETR	NVP	RPV	RAL	EVG	DTG	ATV	IND	LPV	NFV	RTV			SQV

CÓDIGO PARA MOTIVO DE CAMBIO DE ESQUEMA: 1. SOSPECHA DE RESISTENCIA 2. EFECTOS ADVERSOS 3. EMBARAZO 4. DESABASTECIMIENTO 5. OTRO \_\_\_\_\_

**RESULTADOS PREVIOS**

Carga viral VIH Anterior: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

Recuento Anterior CD4: \_\_\_\_\_ cél/ul CD8 \_\_\_\_\_ cél/ul Fecha: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

**SOLICITUD POR:**

Médico Infectólogo o Clínica VIH \_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Instalación de Salud \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA TARV

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH**

Yo \_\_\_\_\_ (SI) (NO) autorizo el uso de la información contenida en este documento y el resultado de la prueba de resistencia para la vigilancia epidemiológica del VIH en Panamá. Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha y responsable de toma de la muestra \_\_\_\_\_  
Fecha Firma

Todo formulario debe ser llenado con información actualizada del paciente. No deje espacios sin llenar.

**FORMULARIO SIN INFORMACIÓN COMPLETA ES CAUSA DE RECHAZO**

Teléfonos: (507) 527-4821, (507) 527-4829 laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa