

	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-FDG-02	
		Versión:	01
	Solicitud de Pruebas para Monitoreo VIH/SIDA		Vigencia: 14-12-2018

Prueba solicitada: Carga viral de VIH-1 CD4+

DATOS DEL PACIENTE

Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____
N° Identificación: _____		Provincia de residencia: _____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Panameño(a) <input type="checkbox"/>	Otra: _____	Teléfono: _____	
Paciente Hospitalizado(a) : Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Paciente Embarazada: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Paciente con TARV: Sí No Abandonó

Fecha de inicio de TARV: ____/____/____ Fecha de reinicio de TARV: ____/____/____
SI APLICA

Esquema de TARV:

EFV/FTC/TDF <input type="checkbox"/>	AZT/3TC <input type="checkbox"/>	DTG/3TC/TDF <input type="checkbox"/>	DRV <input type="checkbox"/>	RTV <input type="checkbox"/>	Otro: _____
FTC <input type="checkbox"/>	LPV/r <input type="checkbox"/>	3TC/ABC <input type="checkbox"/>	3TC <input type="checkbox"/>	EFV <input type="checkbox"/>	
FTC+TDF <input type="checkbox"/>	ABC <input type="checkbox"/>	ZDV,AZT <input type="checkbox"/>	DTG <input type="checkbox"/>	TDF <input type="checkbox"/>	

Motivo de prueba:

Prueba basal Prueba de rutina Cambio de TARV Sospecha de resistencia Falla Inmunológica

RESULTADOS PREVIOS

CD4+: _____ Cél/uL Fecha: ____/____/____ y Carga viral: _____ Copias/mL Fecha: ____/____/____

DATOS DEL SOLICITANTE

Médico o Infectólogo: _____ Instalación de salud: _____
RESPONSABLE DEL PACIENTE FIRMA Y SELLO

Fecha de solicitud: ____/____/____

TOMA DE MUESTRA

Responsable: _____ Fecha: ____/____/____ Tipo de muestra: Sangre completa

PARA USO EXCLUSIVO DEL ICGES

Responsable que recibe la(s) muestra(s): _____ Fecha de recibido: ____/____/____.

Hora: _____:_____ Temperatura: _____°C

Todo formulario debe ser llenado con información actualizada del paciente. No dejar espacios sin llenar.
 Teléfono: (507)527-4821 / 527-4829 Correo: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa