Código: F-BM/00
Revisión: 1
Fecha: 04-04-07

INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD
FORMULARIO DE SOLICITUD DE GENOTIPIFICACION
MUTACIONES QUE CONFIEREN RESISTENCIA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno de Casada

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

Cédula: _____ # SS. _____ No. Historia Clínica _____

Provincia Distrito Corregimiento Barrio Calle

Casa Apartamento Teléfono Casa Lugar de Trabajo y Teléfono

INFORMACIÓN CLINICA BASICA

Fecha de diagnóstico de HIV: _____ Estadio Clínico: Asintomático ☐ Agudo ☐ SIDA ☐
Infecciones Oportunistas: _____

Paciente en tratamiento (triple terapia): SI: ☐ NO ☐ Tiempo que lleva en tratamiento: _____
Existe evidencia de fallo al tratamiento ☐

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

FECHA	ESQUEMA																Carga Viral		CD4		MOTIVO DE CAMBIO DE ESQUEMA (Codigo de 1 - 5
	ddI	IND	3TC	NFV	NVP	RTV	SQV	d4T	AZT	EFV	ABC	TDF	DLV	LPV	ATV		Copias/mL	Fecha	Cel/ uL	Fecha	

1 Sospecha de Resistencia 2 Efectos Adversos 3 Embarazo 4 Desabastecimiento 5 Otros _____

Médico infectólogo solicitante (firma y sello): _____

Instalación de Salud: _____ Región: _____

Yo _____ con cédula de identidad personal N° _____, consiento la realización de las pruebas de Carga Viral VIH, Cuantificación de Linfocitos T CD4+, Genotipaje de VIH y pruebas para evaluar nuevos métodos de genotipaje de VIH que sean menos costosos y de tecnología abierta.

Firma del paciente: _____.
Firma del testigo: _____. Fecha: _____

Genómica y Proteómica