



INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE GENÓMICA Y PROTÓMICA  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROVIRAL Y MONITOREO VIH/SIDA

Prueba Solicitada:  Carga Viral VIH-1  CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>  Proviral 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: \_\_\_\_\_ Estado Clínico: Asintomático  Agudo  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: \_\_\_\_\_

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

Carga Anterior \_\_\_\_\_ copias/ml Recuento Anterior CD4 \_\_\_\_\_ CD8 \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**RESULTADOS** (PARA SER LLENADO POR TM DEL ICGES)

CD4 \_\_\_\_\_ CD8 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Carga Viral VIH \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITADO**

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

Región \_\_\_\_\_ Instalación de Salud \_\_\_\_\_  
14 REGIONES 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.**