



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-FDG-03

Versión: 00

Vigencia:
14-12-2018

Formulario de Solicitud de Análisis de Proviral 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

Paciente en profilaxis: SI NO Tiempo que lleva en profilaxis: _____

Esquema de profilaxis: _____

Tipo de Muestra enviada: Sangre completa

Motivo de la Prueba: Exposición Perinatal Accidente laboral Resultado discordante

Confirmación de diagnóstico VIH Otro: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA EN RECIÉN NACIDOS

Recién nacido de alto riesgo: Sí No

Nombre de la madre: _____

Corresponde a: I PCR II PCR III PCR

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.

Teléfonos: (507)527-4821 / 527-4829.

Correo: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa

Fecha y responsable de toma de la muestra: _____

Fecha

Firma