



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-PDG-04-F2

Versión: 00

Vigencia:
23-01-2019

Solicitud de Pruebas de Resistencia para
Pacientes Naïve/pre-tratamiento de VIH/SIDA
(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

Asegurado: Sí NO Embarazada: Sí NO Indígena Negro/Afrodescendiente Blanco Mestizo Asiático

INFORMACIÓN CLÍNICA BÁSICA

Fecha de diagnóstico de VIH: _____
(mes y año)

Estado Clínico: Asintomático Agudo SIDA

¿Paciente actualmente está tomando terapia antirretroviral ARV? SI NO Fecha de inicio: _____

En caso que la respuesta sea NO, ¿ha tomado TARV previamente? SI NO Fecha: _____

Paciente Hospitalizado: SI NO

Ha viajado fuera del país en los últimos 2 años: SI NO Lugar (País, duración):
1. _____
2. _____
3. _____

SOLICITUD POR:

Médico Infectólogo o Clínica VIH _____ Instalación de Salud _____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO 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