
	<b>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud</b>	GCD-PDG-02	
		<b>Versión:</b>	01
	<b>Procedimiento para el Llenado Correcto del Formulario de Solicitud de Proviral</b>		<b>Vigencia:</b> 11-01-2019

1. **Objetivo:** Establecer las instrucciones para el llenado del formulario de solicitud de prueba de proviral en la toma de muestras o envío por parte de los diferentes laboratorios hospitalarios de Panamá.
2. **Alcance:** Dirigido a los tecnólogos médicos del Departamento de Genómica y Proteómica del ICGES y a los infectólogos de los hospitales de Panamá.
3. **Referencias:** Norma ISO 15189:2012.
4. **Definiciones:**
  - 4.1 **Exposición perinatal:** Todo recién nacido de madre seropositiva a VIH-1.
  - 4.2 **Accidente Laboral:** Personal de salud que se ha expuesto durante procedimientos en instalaciones de salud.
  - 4.3 **Profilaxis:** Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.
  - 4.4 **Resultado discordante:** Pacientes con resultados serológicos positivos y negativos.
  - 4.5 **Recién nacido de alto riesgo:** Se consideran recién nacidos de alto riesgo, aquellos cuyas madres presentan alguna de las siguientes condiciones:
    - No recibieron terapia antirretroviral durante el embarazo, intraparto o menos de 4 semanas antes del parto.
    - Sólo recibieron TARV intraparto.
    - Madre con carga viral >1,000 copias/ml dentro de las 4 semanas previas al parto.
    - Infección aguda durante la lactancia.
5. **Procedimiento:**
  - 5.1 Toda muestra tomada o enviada al ICGES, debe venir acompañada por el formulario de Solicitud de Análisis de Proviral. El médico que hace la solicitud debe responsabilizarse del completo llenado de este.
  - 5.2 El infectólogo o médico capacitado que hace la solicitud debe completar:
    - 5.2.1 **Datos Generales del Paciente:**
      - 5.2.2.1. **Nombre Completo del Paciente:** en letra legible escribir el primer nombre, segundo nombre, apellidos paterno y materno, si es un recién nacido no reconocido utilizar (O) (A) seguido del nombre de la madre.
      - 5.2.2.2. **Sexo:** femenino o masculino.
      - 5.2.2.3. **Fecha de Nacimiento:** día, mes y año.

	<b>Elaborado por</b>	<b>Revisión</b>	<b>Aprobación</b>
<b>Nombre</b>	Licda. Alma Ortíz	Licda. Annie Díaz	Alexander Martínez PhD
<b>Puesto</b>	Tecnólogo Médico Dpto. de Genómica y Proteómica	Unidad de Gestión de Calidad	Jefe del Departamento de Genómica y Proteómica

	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-PDG-02	
		Versión:	01
	<b>Procedimiento para el Llenado Correcto del Formulario de Solicitud de Proviral</b>		Vigencia: 11-01-2019

**5.2.2.4.** Edad: Se puede colocar en meses o días. En caso de ser adulto, colocarlo en años.

**5.2.2.5.** Identificación: En caso de ser panameño colocar la cédula, si es un bebé que no está reconocido, utilizar número de expediente o caso.

**5.2.2.6.** Teléfono: Número de celular o de casa.

**5.2.2.7.** Provincia donde reside.

### **5.2.3 Información Clínica Básica:**

**5.2.3.1** Profilaxis: Marcar la casilla correspondiente, seguidamente colocar la fecha de inicio de la profilaxis.

**5.2.3.2** Esquema de profilaxis: Terapia antiretroviral que toma en la actualidad, prescrita por el médico.

**5.2.3.3** Tipo de Muestra Enviada: Seleccionar la casilla de sangre completa.

**5.2.3.4** Motivo de la prueba: Marcar la casilla correspondiente. Si no corresponde a ninguna de las opciones presentadas, marcar la casilla de “otros” y escribir el motivo.

### **5.2.4 Información solicitada en recién nacidos:**

**5.2.4.1** Recién nacido en alto riesgo: Seleccionar.

**5.2.4.2** Nombre de la madre: Llenar nombre y apellido de madre.

**5.2.4.3** Prueba a la que corresponde: Es necesario para llevar el control de pruebas asignadas al niño. Indicar la prueba de PCR solicitada (I, II o III).

### **5.2.5 Solicitado:**

**5.2.5.1** Médico de Clínica VIH o Infectólogo: Colocar firma y sello del médico responsable.

**5.2.5.2** Instalación de Salud: Colocar el nombre del hospital o de la clínica TARV en donde se atiende el paciente.


### **5.2.6 Información sobre la Toma de Muestra:**

**5.2.6.1** Fecha de la toma de muestra.

**5.2.6.2** Encargado de la toma de muestra: Colocar firma de la persona que toma la muestra del paciente.

## **6. Formularios**

**6.1.** Formulario de Solicitud de Análisis de Proviral de VIH-1 **GCD-FDG-03.**

	<b>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud</b>	GCD-PDG-02	
		Versión:	01
	<b>Procedimiento para el Llenado Correcto del Formulario de Solicitud de Proviral</b>		Vigencia: 11-01-2019

### 7. Tabla de Control de Cambios

Tabla de cambios del documento	
Versión y fecha	Cambios realizados
00/ 11-01-2019	1. Original.
01/ 18-03-2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En el punto 5.2.2.1 datos generales del paciente, se agregó: segundo nombre.</li> <li>2. En el punto 5.2.2.5, se reemplazó cédula por identificación. Se eliminó: En caso de ser adulto, colocar la edad en años.</li> <li>3. Se eliminó: ocupación.</li> <li>4. Se reemplazó dirección actual, por: provincia donde reside.</li> <li>5. En el punto 5.2.3 Información clínica básica, se eliminó: el tiempo que lleva profilaxis, ya sea fecha de inicio de profilaxis o período. Y se agregó: la fecha de inicio de la profilaxis.</li> </ol>

8. **Anexos:** No aplica.