

	<b>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud</b>	GCD-PDG-04-F1
		Versión: 01
	<b>Solicitud de Prueba de Resistencia a Antirretrovirales para VIH-1</b>	

Motivo de prueba: Prueba Naive -Pretratamiento  Prueba Sospecha de Resistencia

**DATOS DEL PACIENTE**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
 N° Identificación: \_\_\_\_\_ Provincia de residencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Nacionalidad: Panameño(a)  Otra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Paciente Hospitalizado(a) : Sí  No  Paciente Embarazada: Sí  No

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Paciente con TARV: Sí  No  Abandonó   
 Fecha de inicio de TARV: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de reinicio de TARV: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(SI APLICA)

**HISTORIAL DE TRATAMIENTO**

SE REQUIERE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE TRATAMIENTO

FECHA d/m/aa	INTI							INNTI					INHIBIDOR INTEGRASA			INHIBIDOR PROTEASA						
	ABC	AZT	ddl	TAF	FTC	TDF	3TC	DLV	EFV	ETR	NVP	RPV	RAL	EVG	DTG	ATV	IND	LPV	NFV	RTV	DRV	SQV

Motivo de cambio de esquema actual : Sospecha de Resistencia  Efecto Adverso  Desabastecimiento  Otros \_\_\_\_\_

**RESULTADOS PREVIOS**

Carga viral: \_\_\_\_\_ copias/mL Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Médico o Infectólogo: \_\_\_\_\_ Instalación de salud: \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DEL PACIENTE FIRMA Y SELLO

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TOMA DE MUESTRA**

Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de muestra: Sangre completa

**PARA USO EXCLUSIVO DEL ICGES**

Responsable que recibe la(s) muestra(s): \_\_\_\_\_ Fecha de recibido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

Todo formulario debe ser llenado con información actualizada del paciente. No dejar espacios sin llenar.  
 Teléfono: (507)527-4821 / 527-4829 Correo: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa