



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios
de la Salud

GCD-PDG-04-F1

Versión: 01

Vigencia: 23-01-2019

**Solicitud de Prueba de Resistencia a
Antirretrovirales para VIH-1**

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