



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-FDG-03

Versión: 01

Formulario de Solicitud de Análisis de Proviral de VIH-1

Vigencia: 14-12-2018

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE CON LETRA LEGIBLE, PREFERIBLE EN IMPRENTA

Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Identificación: _____ Teléfono: _____ Provincia donde reside: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA BÁSICA

Paciente en profilaxis: SI NO Fecha de inicio de 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.

Teléfonos: (507)527-4821/527-4829.

Correo: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa

Fecha y responsable de la toma de muestra: _____

Fecha

Firma