



Programa Provincial de VIH/SIDA/ITS  
 Laboratorio Provincial de Referencia de VIH - L.C.S.P  
 Av. Antártica Argentina 525 y 526 – CP B1906APP La Plata  
 0221-4247303 - eMail: [cprsida@ms.gba.gov.ar](mailto:cprsida@ms.gba.gov.ar)

Ministerio de  
**Salud**



**Buenos Aires**  
 LA PROVINCIA

## SOLICITUD PARA EL DIAGNOSTICO DE EXPUESTOS PERINATALES AL VIH

### DATOS DE PROCEDENCIA

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Región Sanitaria \_\_\_\_\_

**CODIGO DE PACIENTE** \_\_\_\_\_

**Lugar de residencia** \_\_\_\_\_

Hospital de Procedencia \_\_\_\_\_

Médico Solicitante \_\_\_\_\_

### A llenar por el Laboratorio:

Extracción de la muestra \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nº procedencia \_\_\_\_\_

### DETERMINACIÓN SOLICITADA

1º RNA plasmático VIH  (\*)

1º Ag p24 VIH  (\*)

2º RNA plasmático VIH

2º Ag p24 VIH

3º RNA plasmático VIH

3º Ag p24 VIH

(\*)(COMPLETAR DATOS AL DORSO)

### ESTUDIOS PREVIOS

Nº Protocolo anterior: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

---



---



---



---

FIRMA Y SELLO

**HOJA DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS  
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH**

**INFORMACIÓN REFERENTE A LA MADRE**

(Esta información debe suministrarse obligatoriamente junto al pedido del primer RNA)

**CÓDIGO MATERNO** \_\_\_\_\_

**1.- Diagnóstico serológico materno**

Tamizaje \_\_\_\_\_ Confirmatorio \_\_\_\_\_

- 2.- Momento de realizado el diagnóstico
- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Anterior al embarazo    | <input type="checkbox"/> |
| Durante el embarazo     | <input type="checkbox"/> |
| En el momento del parto | <input type="checkbox"/> |
| Posterior al parto      | <input type="checkbox"/> |

- 3.- Tratamiento antirretroviral suministrado
- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Anteparto  | <input type="checkbox"/> |
| Intraparto | <input type="checkbox"/> |
| Postparto  | <input type="checkbox"/> |

Medicación suministrada \_\_\_\_\_

- 4.- Modalidad de parto
- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Parto natural    | <input type="checkbox"/> |
| Cesárea electiva | <input type="checkbox"/> |

- 5.- Lactancia Materna                      SI                                      NO