



## Solicitud de Test de Genotipificación VIH - SIDA (Test de Resistencia a ARV)

### DATOS DE PROCEDENCIA

Nº IUA \_\_\_\_\_ Nº Trámite P.N.SIDA \_\_\_\_\_ R. Sanitaria \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DE PACIENTE** \_\_\_\_\_

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

Hospital de procedencia \_\_\_\_\_

Médico solicitante \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

2º Fallo terapéutico **1** Embarazada **1** Niño infectado vía perinatal **1**

### A LLENAR POR EL LABORATORIO

Nº de Procedencia \_\_\_\_\_

Fecha de extracción de la muestra \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RESULTADOS PREVIOS / OBSERVACIONES

Fecha inicio Tto ARV \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Drogas \_\_\_\_\_

Fecha penúltimo Tto ARV \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Drogas \_\_\_\_\_

Fecha ultimo Tto ARV \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Drogas \_\_\_\_\_

Penúltimo CD4 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Último CD4 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Penúltima C.Viral \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultimo C.Viral \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Firma y Sello