



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

## SOLICITUD PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

### DATOS DE PROCEDENCIA

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

Región Sanitaria \_\_\_\_\_

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

H.C. N° \_\_\_\_\_

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

Médico Solicitante \_\_\_\_\_

**A llenar por el Laboratorio:** Extracción de la muestra \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° procedencia \_\_\_\_\_

### VIA DE TRANSMISION PROBABLE

Transmisión sexual

Transfusión sanguínea: Fecha

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adicción a drogas

Hemodializado

Antecedentes ITS

Accidente corto/punzante: Fecha

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Control de embarazo: semana de gestación N° \_\_\_\_\_  Otra

### ESTUDIOS PREVIOS

N° Protocolo anterior: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Método \_\_\_\_\_ Abs. \_\_\_\_\_ C.O \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

---



---



---



---

FIRMA Y SELLO