

SOLICITUD PARA EL DIAGNOSTICO DE EXPUESTOS PERINATALES AL VIH

DATOS DE PROCEDENCIA

Fecha ___ / ___ / ___ Región Sanitaria _____ **CÓDIGO PACIENTE**

_____ **DNI** _____

Lugar de residencia _____

Hospital de Procedencia _____

Médico Solicitante _____

A llenar por el Laboratorio:

Extracción de la muestra ___ / ___ / ___ N° procedencia _____

DETERMINACIÓN SOLICITADA

- 1° RNA plasmático VIH **(COMPLETAR DATOS AL DORSO)**
- 2° RNA plasmático VIH
- 3° RNA plasmático VIH

ESTUDIOS PREVIOS

N° 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.
Complete y/o marque lo que corresponda)

CÓDIGO MATERNO _____ **DNI** _____

1.- Diagnóstico serológico materno para VIH

Tamizaje _____ Confirmatorio _____

2.- Momento de realizado el diagnóstico

- Anterior al embarazo
- Durante el embarazo
- Durante el embarazo
- En el momento del parto
- Posterior al parto

3.- Tratamiento antirretroviral suministrado

- Anteparto
- Intraparto
- Postparto

Medicación suministrada _____

4.- Modalidad de parto

- Posterior natural
- Cesárea electiva

5.- Lactancia Materna

- NO SI

6- Carga Viral materna

- NO SI _____ copias/ml _____ log Fecha ___ / ___ / ___

7- Medicación ARV suministrada al bebé

- NO SI ¿Cuál? _____