

SOLICITUD DE LABORATORIO PARA SEGUIMIENTO DE INFECCIÓN POR VIH

Nº IUA _____

Nº PP SIDA _____

CODIGO DE PACIENTE _____ Fecha ___ / ___ / ___

SOLICITUD DE **Linfocitos T CD4/CD8 +** **CARGA VIRAL plasmática**

Hospital de procedencia _____

Médico solicitante _____ Fecha extracción muestra ___ / ___ / ___

ESTADÍO CLÍNICO

(Marque con una X el cuadro correspondiente)

(CDC 1993 Adolescentes y Adultos)

| CD4/mm ³ | A Asint. | B Sintomát. | C SIDA |
|---------------------|-------------|----------------|-----------|
| > 500 | A1 | B1 | C1 |
| 200-499 | A2 | B2 | C2 |
| < 200 | A3 | B3 | C3 |

(CDC 1994 Niños VIH (+) < 13 años)

| % CD4 | N Sin Sint. | A Levemente Sintomát. | B Moderadam Sintomát. | C Gravem. Sintomát. |
|-------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ≥ 25 | N1 | A1 | B1 | C1 |
| 15-24 | N2 | A2 | B2 | C2 |
| < 15 | N3 | A3 | B3 | C3 |

Embarazo _____ semanas de gestación.

Esquema ARV

Con profilaxis de Transm. Vertical

SI NO 1º _____

Con tratamiento antirretroviral SI NO

23º _____ °

ESTUDIOS PREVIOS

Serología VIH confirmado SI NO Fecha ___ / ___ / ___

CD4 + SI NO cel/mm3 _____ % ___ Fecha ___ / ___ / ___

Carga Viral SI NO copias/ml _____ log __ Fecha ___ / ___ / ___

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Inicio

Control

Esquema suministrado:

1° _____ Fecha ____ / ____ / ____
2° _____ Fecha ____ / ____ / ____
3° _____ Fecha ____ / ____ / ____

Paciente Experimentado

SI NO

Adherencia: $\geq 95\%$ < 95%

Observaciones:

FIRMA Y SELLO