

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 PACIENTE _____ **DNI** _____

Fecha ____ / ____ / ____

Hospital de procedencia _____

Médico solicitante _____ e-mail _____

Lugar de residencia _____

2º Fallo terapéutico

Embarazada

Niño infectado vía perinatal

A LLENAR POR EL LABORATORIO

Nº de Procedencia _____

Fecha de extracción de la muestra ____ / ____ / ____

RESULTADOS PREVIOS / OBSERVACIONES

Paciente Experimentado NO SI Adherencia al Tto: $\geq 95\%$ $< 95\%$

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 ____ / ____ / ____ Último C.Viral _____ Fecha ____ / ____ / ____

Observaciones _____

Firma y Sello