

Nº de identificación interna de la muestra.....

**DATOS DEL PACIENTE**

DNI

Código del paciente

- Fecha de nacimiento DDMMAAAA (8 dígitos)
- Dos primeras letras del primer apellido
- Dos primeras letras del primer nombre
- Sexo (F/M)

**VÍAS DE TRANSMISIÓN PROBABLES**

Transmisión sexual

Adicción a las drogas: Vía endovenosa      Otras vías

Antecedentes de ETS

Control de embarazo: .....semanas de gestación

Hijo de madre infectada

Transfusión sanguínea. Fecha:...../...../.....      Hemodializado

Control de accidente cortopunzante. Fecha de accidente: ...../...../.....

Otra:.....

Régimen de atención: Ambulatoria      Hospitalizado      Nº de HC :.....

Observaciones o antecedentes: .....

**ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE**

Nombre del establecimiento: .....      Localidad:.....

.....  
Consentimiento informado      Fecha      Firma y sello del profesional solicitante

**OBTENCIÓN DE LA MUESTRA (a completar por el laboratorio)**

**1º muestra( suero o plasma)**      Fecha de extracción de 1º muestra: ...../...../.....  
Resultado previo: NO  
SI      Resultado:.....Valor de RP:.....Método:.....Marca:.....

**2º muestra( suero o plasma)**      Fecha de extracción de 2º muestra: ...../...../.....  
Resultado previo: NO  
SI      Resultado:.....Valor de RP:.....Método:.....Marca:.....

**PRUEBAS SUPLEMENTARIAS**

**CARGA VIRAL PLASMÁTICA**      Fecha de extracción ...../...../.....

**Linfocitos T CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub> +**      Fecha de extracción ...../...../.....

.....  
Firma y sello del responsable de derivación