



SOLICITUD DE EXAMENES GES DE VIH

Marque con una X el examen solicitado (ENVIAR ORIGINAL Y COPIA JUNTO A LAS MUESTRAS)

<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL VIH (Tubo con GEL)
<input type="checkbox"/>	SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS CD3+CD4+CD8+ (Tubo tapa Lila)
<input type="checkbox"/>	GENOTIPIFICACION VIH (Plasma Congelado)

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

CLAVE* - - -

*Inicial del 1º nombre, iniciales 1º y 2º apellido. Fecha de nacimiento en dígitos (día/mes/año), más tres últimos números del R.U.T. y dígito verificador.

EDAD: _____ SEXO: M F

- PAC. AMBULATORIO
- HOSPITALIZADO
- EMBARAZADA
- RN

2.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

No ha iniciado TARV: TARV suspendida:

Actualmente en TARV: Fecha inicio TARV Actual _____

Recuerde que el paciente debe encontrarse en tratamiento, al momento de realizar el examen de Genotipificación de VIH

- AZT 3TC COM DDI D4T ABC FTC TDF
- IDV SQV NFV APV LPV ATV DRV TPV
- EFV NVP ETR DLV RAL MVC

Ultima Carga Viral _____ Fecha _____

3.- IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (Debe ser llenado por Toma de muestras)

TIPO DE MUESTRA: _____ VOLUMEN _____ ml

FECHA TOMA DE MUESTRA: _____ HORA _____

RESPONSABLE: _____

OBSERVACIONES: _____

4.- PROCEDENCIA

ESTABLECIMIENTO _____ SERVICIO: _____

MEDICO SOLICITANTE: _____ RUT _____

FIRMA: _____ FECHA: _____ E-mail _____

DIRECCION ESTABLECIMIENTO _____

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO: FECHA _____ HORA _____

RESPONSABLE: _____

OBSERVACIONES: _____



SOLICITUD DE EXAMENES GES DE VIH

Marque con una X el examen solicitado (ENVIAR ORIGINAL Y COPIA JUNTO A LAS MUESTRAS)

<input type="checkbox"/>	CARGA VIRAL VIH (Tubo con GEL)
<input type="checkbox"/>	SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS CD3+CD4+CD8+ (Tubo tapa Lila)
<input type="checkbox"/>	GENOTIPIFICACION VIH (Plasma Congelado)

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

CLAVE* - - -

*Inicial del 1º nombre, iniciales 1º y 2º apellido. Fecha de nacimiento en dígitos (día/mes/año), más tres últimos números del R.U.T. y dígito verificador.

EDAD: _____ SEXO: M F

- PAC. AMBULATORIO
- HOSPITALIZADO
- EMBARAZADA
- RN

2.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

No ha iniciado TARV: TARV suspendida:

Actualmente en TARV: Fecha inicio TARV Actual _____

Recuerde que el paciente debe encontrarse en tratamiento, al momento de realizar el examen de Genotipificación de VIH

- AZT 3TC COM DDI D4T ABC FTC TDF
- IDV SQV NFV APV LPV ATV DRV TPV
- EFV NVP ETR DLV RAL MVC

Ultima Carga Viral _____ Fecha _____

3.- IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (Debe ser llenado por Toma de muestras)

TIPO DE MUESTRA: _____ VOLUMEN _____ ml

FECHA TOMA DE MUESTRA: _____ HORA _____

RESPONSABLE: _____

OBSERVACIONES: _____

4.- PROCEDENCIA

ESTABLECIMIENTO _____ SERVICIO: _____

MEDICO SOLICITANTE: _____ RUT _____

FIRMA: _____ FECHA: _____ E-mail _____

DIRECCION ESTABLECIMIENTO _____

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO: FECHA _____ HORA _____

RESPONSABLE: _____

OBSERVACIONES: _____