



FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA GENOTIPIFICACIÓN DE VIH

RG-01-243.02 V.0, act.30-03-2022

1. DATOS DEL PACIENTE

Clave - RUT

Edad Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Nacionalidad

2. PROCEDENCIA

Código Establecimiento

Profesional Responsable

Hospital/ Laboratorio

Unidad RUT

Dirección

Región Comuna

Fono Mail

3. DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de obtención Hora

Tipo de Muestra:

☐ Plasma ☐ Sangre con Anticoagulante EDTA

USO INTERNO
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Fecha Recepción/Hora Recepción

Timbre

4. DATOS DE TRATAMIENTO

Recibió PrEP previo al diagnóstico: NO ☐ SI ☐ Indicar droga

Recibió PEP previo al diagnóstico: NO ☐ SI ☐ Indicar droga

Recibe Tratamiento actualmente: NO ☐ SI ☐ Fecha Inicio

Indicar drogas de esquema de terapia ARV actual

Si el tratamiento ha sido **SUSPENDIDO**, marcar otras drogas ARV recibidas anteriormente:

ABA ☐ DDI ☐ 3TC ☐ FTC ☐ D4T ☐ TDF ☐ AZT ☐ EFZ ☐ ETR ☐

NVP ☐ RPV ☐ DOR ☐ ATV/r ☐ DRV/r ☐ FPV/r ☐ IDV/r ☐ LPV/r ☐ NFV ☐

SQV/r ☐ TPV/r ☐ BIC ☐ DTG ☐ EVG ☐ RAL ☐ CAB ☐

Otro antiretroviral (Indicar):

Resultado última Carga Viral Fecha última carga viral

Resultado último Recuento CD4 Fecha último Recuento CD4

5. DATOS CLINICOS

FACTOR DE RIESGO

☐ Hombre que tiene sexo con hombres (HSH)

☐ Hijo Madre VIH+

☐ Trabajo(a) Sexual

Otro factor