

FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH PEDIATRICO

Anexo 1
RG-243.01-021 IT-243.01-034 Rev.0

1. DATOS DEL PACIENTE

Clave Definitiva -

Clave Recién nacido
(en caso de NO contar con la clave definitiva)

Sexo F M

Edad: Años Meses Días

Clave Materna

N° Registro ISP

2. PROCEDENCIA

Cod. Establecimiento

Profesional Responsable

Hospital / Laboratorio

Unidad RUT

Dirección

Región Comuna

Fono Fax Mail

3. DATOS DE LA MUESTRA (*)

Fecha de Obtención Hora

Tipo de muestra:

Suero Plasma Sangre con Anticoagulante EDTA

N° de muestra: 1° 2° 3° otro:

Cod. SurVIH

USO INTERNO
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA
Fecha Recepción/Hora Recepción

Timbre

4. DATOS CLINICOS

Asintomático Sintomático

Diagnóstico

Protocolo de transmisión vertical:

No Si

Terapia

FACTOR DE RIESGO

Madre VIH(+)

Otro Factor