

FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH PEDIATRICO

RG-09243.01, act.;01-10-2020, Versión 4

Página 1 de 1

1. DATOS DEL PACIENTE

Clave Definitiva

RUT

Clave Recién nacido

Sexo Femenino Masculino

(en caso de NO contar con la clave definitiva)

Edad: Años Meses Días

Nacionalidad

Clave Materna

USO INTERNO ISP

N° ISP Materno

Nacionalidad de
la madre

2. PROCEDENCIA

Cod. Establecimiento

Profesional Responsable

Hospital / Laboratorio

Unidad

RUT

Dirección

Región

Comuna

Fono

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. TÉCNICA REALIZADA (Aplica para los casos pediátricos ≥ 2 años)

4.1 TÉCNICA VISUAL

Lote

Vencimiento

Otra

4.2 TÉCNICA INSTRUMENTAL

Otra

Protocolo de transmisión vertical:

Ractividad Cut-Off

Lote

Vencimiento

5. DATOS CLINICOS

Asintomático Sintomático Diagnóstico

Protocolo de transmisión vertical:

No Si Terapia

FACTOR DE RIESGO

Madre VIH(+)

Otro Factor

Hijo de Madre en Proceso de Confirmacion VIH