

## FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH

RG-08-243.01 Versión: 4 F.act: 24-05-2019

### 1. DATOS DEL PACIENTE

Clave    -  RUT

Edad  Sexo  Femenino  Masculino Nacionalidad

Clasificación  Donante  ETS  Hospitalizado  Embarazada  Consulta Espontánea-APS  
 Campaña Extramuro  Otra Clasificación

### 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

Cod. SurVIH

USO INTERNO  
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA  
Fecha Recepción/Hora Recepción

Timbre

### 4. TECNICA REALIZADA

#### 4.1 Técnica Visual

Otra  Lote  Vencimiento

#### 4.2 Técnica Instrumental

Otra

Reactividad  Cut-Off  Lote

Vencimiento

### 5. DATOS CLINICOS

Asintomático  Sintomático Diagnóstico

Antecedentes Clínicos VIH anterior (indicar país):

Uso de TARV previo:  Si  No  No Informa

Profilaxis Preexposición (PrEp):  Si  No

#### FACTOR DE RIESGO

Hombre que tiene sexo con hombres (HSH)  Trabajador(a) Sexual

Accidente cortopunzante Otro Factor